

医療用ウィッグ、乳房補正具の 購入費用助成について

鹿島市では、がん治療中の方の社会参加と経済的負担の軽減のために、

医療用ウィッグと乳房補正具の購入費用の助成を開始しました。

対 象 者（次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付対象となります。）

- 申請日時点で鹿島市に住所を有する人
- がんを診断され、その治療を受けている人もしくは過去に受けていた人
- 鹿島市税等の滞納がない人
- がん治療に伴う脱毛または乳房の切除を行い、補正具を購入された人
- 申請する年度において、他市町から同様の助成を受けていない人

助成の対象項目

- 医療用ウィッグ（がん治療に伴う脱毛に対応するために一次的に着用するウィッグのこと）
- 乳房補正具（手術による乳房の形に変化に対応するため補正下着、補正パッド及び人工乳房）
 - ※ 乳房補正具は、乳房再建術等により体内に埋め込まれたものは除きます。
 - ※ 購入後1年以内のものに限ります。

申 請 方 法

☑ 申請前に下記の書類をご準備ください。

- ☐ 助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）※ホームページからダウンロードできます。
- ☐ がんと診断されたことがわかる書類（原本）
- ☐ がんの治療を証明する書類（原本） ※確認後、返却します。
※がん治療に伴う脱毛の副作用がある放射線治療や抗がん剤の使用、及び乳房切除を実施に受けたことを証明する書類
例）診療明細書、お薬手帳、入院治療計画書、手術同意書など
※証明する書類がない場合は、『がん患者補正具等購入に関する証明書（参考様式）』をご利用ください。※ホームページからダウンロードできます。
- ☐ 医療用補正具、ウィッグの購入に係る領収書
※対象者の氏名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載されたもの。
（裏面をご参照ください。）
- ☐ 振込先の口座がわかるもの（通帳の写しなど）
- ☐ 委任状（助成対象者と振込先の名義が異なる場合）
- ☐ 印鑑
- ☐ 本人、親権者、窓口に来られた人等の本人確認書類
例）運転免許証、健康保険証など



ホームページもご覧ください

助成金の額

購入費用の 2 分の 1 の額（1 円未満切り捨て）
上限額はそれぞれの項目で 20,000 円 です。
各項目上限額まで申請することができます。

申請方法時の注意点

① がん治療を証明する書類について

診療明細書、お薬手帳、入院治療計画書、手術同意書など組み合わせても大丈夫です。

（例）

診療明細書					発行日
患者番号	氏 名	請求期間			〇〇年〇〇月〇〇日
0000010	〇〇 〇〇 様	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇月〇〇日			
区分	項目名	点数	回数	自費金額	
初・再診	* ****				
入院等	* **** *****				
処置	* **** *****				
①					
手術	* 〇〇〇〇〇術 △△△△△術 * **** *****	25,520	1		
②					
放射線治療	* □□□□放射線治療	1,320	1		

1/1 佐賀県●●市〇〇番地
〇〇〇〇病院 電話××-××××

《必要事項》

- ・対象者氏名（フルネーム）
- ・治療を行った医療機関
- ・日付（治療時期）
- ・医療用ウィッグの場合、
「脱毛の副作用を伴う治療（放射線療法や抗がん剤名等）」であることが分かる記載
- ・乳房補正具の場合、
「乳房の切除を伴う治療」であることが分かる記載

薬剤名の記載がある場合は、
がん治療のための薬剤名が
書かれているもの
※脱毛の副作用があるもの

② 領収書について

領収書に対象者の氏名（フルネーム）、購入品目（お品物代は不可）、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の名称及び住所が記載されているかご確認ください。

領収書		〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇 〇〇 様		
金額	〇〇〇,〇〇〇円	
但し、医療用ウィッグ代として		
内訳	ウィッグ 〇,〇〇〇円、保護ネット □□□円、 送料 △△△円	
販売店	〇〇〇〇	

領収書に内訳がない場合は、
納品書、領収内訳書等の内容
が確認できる書類を併せて
提出してください。

お問合せ・申請先

鹿島市保険健康課 予防係（エイブル1階 鹿島市保健センター）

TEL 63-3373 ※申請される方は、お電話にて必ず事前にご連絡ください。