

大和高田市にお住いのがん患者の皆様へ

アピアランスケア支援助成事業のご案内

がん患者やがん経験者のがん治療に伴う心理的・経済的な負担を軽減するとともに療養生活の質の向上を図ることを目的に、大和高田市ではウィッグや補整具の助成をします。

助成を受けることができる方

助成の対象となるのは、次の項目のすべてに該当する方です。

- 大和高田市に住所を有する方
- 医師によりがんと診断され、その治療を受けた方、現に受けている方
- がん治療の影響による外見の悩みを軽減するために補整具を購入した方
- 補整具の購入について、他の地方公共団体から同様の助成を受けていない方

助成対象

- 医療用ウィッグ（全頭用）
※頭部保護用ネット（同時購入に限ります）
- 乳房補整具（補整パッド、人工乳房）
※乳房補整具を固定するための補整下着（同時購入に限ります）

助成金額

- 購入費用の2分の1を助成
ウィッグ 上限 20,000円
乳房補整具 上限 20,000円
※千円未満は切り捨てになります。

助成回数

- 医療用ウィッグ 1回限り
- 乳房補整具 両用の場合1回限り
※左右で別に購入される場合は2回申請することができます。

申請期限

- 助成対象品購入日の翌日から起算して1年以内
※令和6年度のみ特例措置あり
令和5年4月1日～令和6年3月31日購入分も対象です。

申請書類

助成の対象品を購入後、申請に必要な書類（下記①～④）を、申請受付窓口へご持参ください。
※郵送も可能です。

- ① 大和高田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
※助成金の申請書と、請求書、委任状がセットになった申請書です。市のホームページからもダウンロードしていただけます。
- ② アピアランスケア用具の購入にかかる領収書（写し可）
※助成金の申請者又は対象者の氏名、購入日、購入金額、品名、発行者の名称の記載が必要です。
※クレジットカードで購入し、領収書の発行ができない場合は、購入内容と支払い内容がわかる別途資料の提出が必要です。
- ③ がんの治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等の書類（写し可）
※がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
- ④ 本人確認書類 ※本人確認書類は有効期限内のものに限ります。
1点確認 マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 等
2点確認 健康保険証 介護保険証 医療受給者証 等

裏面に
Q&Aが
あります

申請方法

- 保健センター窓口（申請書類をご用意しております。）
平日 8時30分～17時15分まで
- 郵送（※郵送料は個人負担です）
〒635-0096 大和高田市西町1-45
大和高田市保健センター アピアランスケア支援事業担当 宛

助成の決定について

- 申請内容を確認後、助成金交付（不交付）決定通知書を送付いたします。
- 指定された口座に支払いします。
※決定から一か月程度が目安です。

お問合せ

保健部 健康増進課（大和高田市保健センター）

〒635-0096 大和高田市西町1-45

TEL 0745-23-6661 FAX 0745-23-6660

受付時間

平日 8時30分～17時15分まで



市公式HPへ

Q1 助成してもらえる回数は何回ですか。

A1 助成対象は医療ウィッグと乳房補整具の2種ですが、種類ごとにそれぞれ1回限りとなります。過去に申請された方は、申請する年度が変わっても、対象外となります。

Q2 以前住んでいた市町村にて、別の物品ですが同じような助成を受けています。申請できますか。

A2 過去にほかの自治体で、同じような助成を受けている方は申請することはできません。

Q3 申請に個数制限はありますか。

A3 個数制限はありませんが、申請は1回限りです。複数購入された場合は1回にまとめて、助成上限額の範囲内で申請してください。

Q4 対象となるウィッグは医療用に限りですか。

A4 医療用ウィッグと定義しておりますが、がん治療の副作用を原因とする脱毛を補正するためのウィッグ（日常的に使用することを目的とした、通気性・伸縮性に優れたウィッグ）であればJIS規格適合品以外でも対象となります。

Q5 レンタルしたものや、自作のウィッグは対象ですか。

A5 対象外となります。

Q6 ウィッグの保護ネットは対象になるとのことですが、その他付属品（クリーナー、リンス、ブラシ）は対象となりますか。

A6 対象外となります。

Q7 部分用ウィッグや、毛付き帽子は対象ですか。

A7 対象外となります。

Q8 乳房補整具は左右それぞれで申請が可能ですか。

A8 可能です。乳房補整具については、両乳房用に、一度に購入した場合は1回のみ、左右それぞれでは1回ずつ申請できます。

Q9 乳房補整具はどんなものが対象ですか。

A9 補整パッドや人工乳房が対象です。また同時購入に限り、固定するための下着も対象となります。乳房再建手術は対象外となります。

Q10 サージカルケアブラ（胸帯）は対象となりますか。

A10 対象外となります。

Q11 入浴時に乳房を保護するバスタイム、カバーは対象となりますか。

A11 日常的に使用する下着以外は対象外となります。

Q12 インターネットで購入したもの（オークションサイト含む）は対象になりますか。

A12 対象となります。領収書が必要になりますので、購入先に確認をお願いします。また、送料、手数料は対象外となります。

Q13 子どもが小児がんで助成を受ける場合、申請者は親でいいですか。また、振込口座はどうしたらいいですか。

A13 法定代理人である保護者が申請者となります。委任状は必要ありません。また、振込口座についても、申請者である保護者の口座を指定していただいても問題ありません。

Q14 がん治療を受けた日が3年前ですが、対象ですか。

A14 治療を受けた時期は問いません。治療に伴う外見の変化があり、補整具の購入が対象期間内であれば、対象となります。

Q15 補助額の端数はどのように扱いますか。

A15 補助対象経費の額に2分の1を乗じて得た額に端数が生じたときは、1,000円未満を切り捨てとします。

Q16 各種ポイントを利用して購入した場合、ポイント利用分も対象となりますか。

A16 ポイントで支払いをした金額分は対象外となります。

Q17 クレジットカード決済で購入しました。領収書がありませんが、どうしたらよいですか。

A17 店舗によってはクレジットカード決済でも領収書を発行するようですが、発行されない場合は購入内容及び金額が確認できる書類を提出してください。
※ポイントを伴わない電子マネー決済も同様です。

【購入内容が確認できる書類】

購入したウィッグや乳房補正具が掲載されているパンフレットやカタログ等

【支払内容が確認できる書類】

レシートやクレジットカード売上伝票等）を提出してください。

お問合せ

保健部 健康増進課（大和高田市保健センター）

〒635-0096 大和高田市西町1-45

TEL 0745-23-6661 FAX 0745-23-6660

受付時間

平日 8時30分～17時15分まで



市公式HPへ