

令和7年度 南部町アピアランスケア用品購入費 助成事業のご案内

南部町では、がん罹患した町民の方々の社会参加を応援し、より良い生活を送っていただけるよう、医療用ウィッグや胸部補整具等の購入費用の一部を助成する事業を実施しています。

助成を受けることができる方は？

助成金の対象となる方は、次の項目すべてに該当する方です。

- ・申請時点で、南部町に住民票がある方
- ・過去にがん治療を受けていた方、または現在がん治療を受けている方
- ・がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除等に伴い、同一部位の補整具の購入について南部町助成金または町の助成金と同種の助成金等の交付や寄附金等を受けたことや、受ける予定の無い方

助成対象となる経費は？

助成対象となる経費は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までに購入したアピアランスケア用品の購入費用です。 ※購入に伴う送料や手数料等は対象外です。

【頭部の補整具】 ※自作のための材料費は対象外です。

ウィッグ（装着時に皮膚を保護するための付属のネットを含みます。ネットだけでの申請はできません。）や毛髪付き帽子 等

【胸部の補整具】

補整下着（下着自体に補整する機能があるもの）や乳房の補整パッド（パッドを固定するための付属の下着を含みます。下着だけの申請はできません。）、人工乳房（人工乳房を固定するための付属の下着を含みます。下着だけの申請はできません。） 等

助成を受けられる金額は？

頭部の補整具、胸部の補整具とも、3万円を上限として、購入費用の1/2（100円未満の端数は切り捨て）の助成を受けられます。

例1：購入費用が2万円の場合→購入費用の1/2の、1万円が助成されます。

例2：購入費用が8万円の場合→購入費用の1/2が4万円につき、上限額の3万円が助成されます。

※助成を受けられる回数は、同一部位の補整具の購入について、対象者1人1回に限ります。

申請方法は？

下記の書類をご準備のうえ、健康こども課窓口にお越しください。

- ・ご記入済みの交付申請書兼領収書（記入例参照）
- ・がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書、治療方針計画書の写し等）
- ・対象となるアピアランスケア用品を購入した日付と支払金額が分かる書類（申請者を宛名とした領収書等）
- ・助成金の振込先口座の預金通帳またはキャッシュカードの写し
- ・助成対象者本人であることが確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカード（おもて面）の写し等）

※法定代理人が本人に代わって申請される場合には、必要な書類が追加となりますので、健康こども課までお問合せください。

申請上の注意点について

〈がん治療を証明する書類について〉

- ①書類には、助成対象者本人の氏名が記載されている必要があります。
- ②診療明細書等の場合は、抗がん剤等の薬剤名が記載されている必要があります。

〈領収書について〉

- ①明細書、納品書、必要事項が確認できないクレジットカード利用明細等では代用できません。
- ②領収書には次の内容が記載されている必要があります。
 - ・宛名（助成対象者本人の氏名（フルネーム）、対象者ご本人が未成年の場合は、保護者名のもの）
 - ・購入品目名（ウィッグ代などの具体的な購入品目の記載が必要）
 - ・購入金額
 - ・購入日付（令和7年3月31日以前のものは助成対象額です）

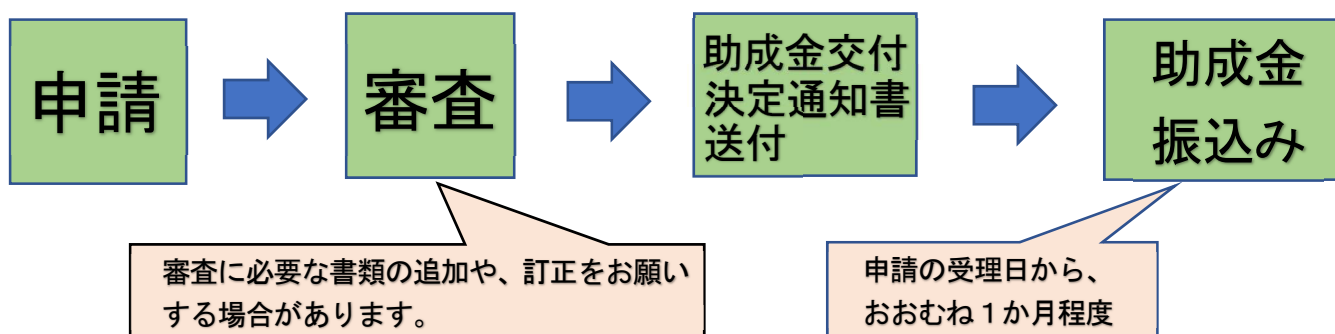


領 収 書
〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇 〇〇 様
金額 △△△△△ 円
上記正に領収いたしました。
但し、ウィッグ代として
株式会社〇〇〇



領 収 書
〇〇年〇〇月〇〇日
金額 △△△△△ 円
上記正に領収いたしました。
株式会社〇〇〇

申請後の流れについて



申請先・お問い合わせ先

〒039-0595

南部町大字下名久井字白山91番地1 南部町健康センター

南部町健康こども課

(アピアランスケア用品購入費助成事業担当)

電話：0178-60-7100 FAX：0178-76-3904

【 記 入 例 】

様式第1号（第5条関係）

令和7年度南部町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 ○年 ○月 ○日

南 部 町 長 様

補整具を必要とされる方が未成年か後見人制度利用者の場合を除き、補整具を必要とされる本人が申請者となります。

申請者 住 所 南部町大字下名久井字白山 91

氏 名 南部 太郎
(自署又は記名押印)

電話番号 0178-60-7100

令和7年度南部町アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、令和7年度南部町アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。
記

補整具を必要とする者	フリガナ	ナンブ ナベマル		生年月日	大正・昭和 20年10月26日 平成・令和 (17歳)					
	氏 名	南部 鍋丸								
	住 所	〒039-0595 南部町大字下名久井字白山 91								
申請金額の算定	購入した補整具	購入年月日	ア 購入費用(税込)	イ アの2分の1の額 ※100円未満切り捨て	助成金交付申請額 ※各補整具の区分につき 3万円又はイの額の いずれか少ない額					
	頭部の補整具	令和7年 4月 1日	41,500円	20,700円	20,700円					
	胸部の補整具	令和 年 月 日	円	円	円					
助成金振込先	金融機関	長谷	銀行・金庫 農協・組合	ぼたん		本店 支店 本所・支所				
	種 別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ナンブ タロウ								
	口座名義	南部 太郎								

誓約書兼承諾書

- この申請書は、申請者本人が未成年である場合を除き、補整具を必要とされる本人の口座が振込先となります。
- 申請内容の審査のために、町が他の地方公共団体や関係する医療機関等に対し、申請内容の事実確認及び他の同種の助成金等の交付の有無の確認を行うことについて承諾します。

氏 名
(申請者自署又は記名押印)

南部 太郎