

令和8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、がんに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9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。

※ポイントやクーポン等を利用した場合は、利用後の購入費用分が対象となります。

※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てください。

○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〉

○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。

○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〉

○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。

○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日以前のもものは助成対象外です）



領収書

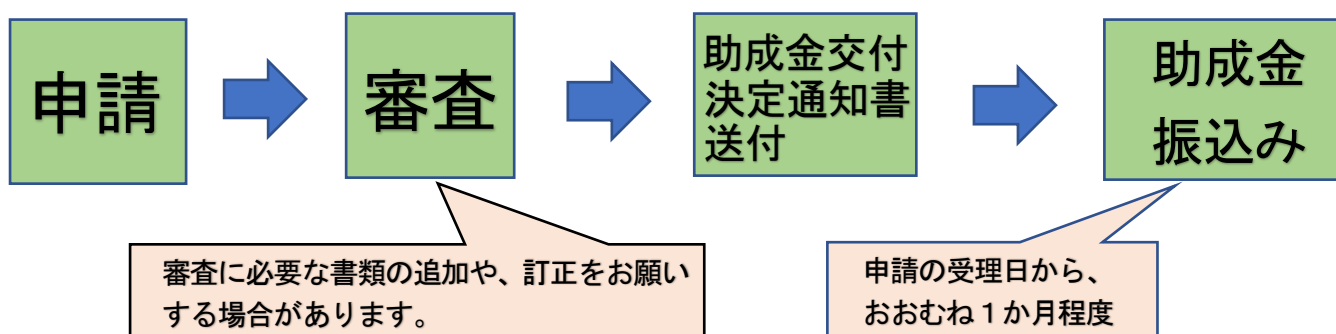
〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇 〇〇 様
金額 △△△△△ 円
上記正に領収いたしました。
但し、ウィッグ代として
株式会社〇〇〇



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