

# ウィッグ・乳房補整具 購入費助成制度のご案内

がん患者  
の方へ



## ～糸満市がん患者アピアランスケア支援事業～

糸満市では、がん患者の皆さまの療養生活や社会参加を応援するため、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に対応するウィッグや乳房補整具の購入費用の一部を助成します。

### 対象者

次の全てに該当する方

- ① 申請日時点で糸満市に住民票がある方
- ② がんと診断され、手術、薬物治療、放射線療法、その他がんの治療を受けた又は現に受けている方
- ③ 過去に他の都道府県及び市町村から同種の助成を受けていない方
- ④ 市税等に滞納のない方

### 補助対象品

- 頭髪補整具：ウィッグ本体（装着用ネット含む）及び毛付き帽子
- 乳房補整具：補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房
- その他補整具：エピテーゼ（補整用人工物）

ただし、いずれの補整具も本体価格に含まれない付属品やケア用品は対象としない。

### 助成金額

それぞれの区分ごとに上限 2 万円

### 申請期限

年度内（4～3 月）に購入された用具が助成の対象です。ただし、年度末（1 月～3 月）に購入された場合は、購入日の翌日から起算して 90 日以内であれば助成の対象です。

### 助成回数

1 人につき頭髪補整具、乳房補整具（左右乳房毎）、その他補整具それぞれ 1 回限り

### 申請方法

※申請書や委任状の様式は、市のホームページからダウンロードできます。

下記 ①～⑥ の必要書類を揃えて、下記の窓口へ提出（郵送可）してください。

- ① 糸満市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書
- ② がんの治療（手術・薬物治療・放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（診断書、診療明細書、診療（入院）計画書など）
- ③ 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し
- ④ 補整具の購入に係る領収書等（明細が明記されているもの）
- ⑤ 市税等の完納証明書（もしくは非課税証明書）
- ⑥ 委任状（対象者本人以外の方が申請する場合）

ご相談  
申込先



糸満市 健康推進課 保健指導係（市役所2階 20 番窓口）

〒901-0392 糸満市潮崎町1丁目1番地

受付時間 9:00～16:00 ※土日、祝日はお休みです。

TEL 098-840-8126

詳しくは糸満市のHPから

市のホームページから  
支援に関するQ&Aと  
必要書類を確認、ダウ  
ンロードできます。

