

がん患者アピアランスケア 支援事業のご案内

がんと診断され、治療を始めると、脱毛や皮膚の変化、手術の傷跡など外見（アピアランス）の変化に悩まれる方が多くいらっしゃいます。本市では、がん患者が、手術、放射線治療または化学療法に伴う脱毛や乳房切除による精神的負担を軽減するために使用する医療用ウィッグ（全頭用）や乳房（胸部）補正具の購入費用の一部を助成する事業です。

対象者

- 以下をすべて満たしている方
- 枕崎市内に住所を有している方
- がんと診断され、がんの治療（薬物療法、放射線治療、手術等）を受けていた又は現在受けている方
- 他制度による助成等を受けていない方

助成金額

- 医療用ウィッグ：上限20,000円
- 乳房（胸部）補正具：上限10,000円
（乳房補正具は手術による乳房の変化に対応するための補正下着・補正パッド・人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）

助成回数

- 1人につき、ウィッグ1台、乳房補正具1回限り

助成金交付までの流れ

STEP
01

助成対象品の購入
※領収証は必ず保管してください。

STEP
02

必要書類をそろえて健康センターへ直接
ご持参いただくか、郵送でご提出ください。
※必要書類は裏面を確認してください。

STEP
03

交付確定通知
※市の審査後、交付決定通知書を郵送します。

STEP
04

助成金の交付
※申請から約1～2週間程度を目安に
交付となります。

裏面をご覧ください



申請に必要な書類

以下の 1 ～ 5 をすべてそろえて提出ください。

	書類	内容等
1	枕崎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	市が定める様式 ホームページからダウンロードまたは、窓口にあります。
2	がん治療を証明する書類の写し	がんと診断され、がん治療を受けたまたは受けていることを証明する書類（入院診療計画書、診療明細書、治療方針計画書等）
3	対象用品を購入した際の領収証の写し	対象者の氏名、購入年月日、品名、購入金額の明細、領収書の発行元の名称や住所のすべてが記載されているもの ※医療用ウィッグは全頭用の記載が必要
4	通帳等の振込口座に関する事項を確認できるものの写し	金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義（カナ名義）がわかるもの
5	申請者本人を確認する書類の写し	マイナンバーカードや運転免許証、住民票等



助成の**対象外**となるもの

送料や代金決済手数料等の諸経費、付属品及びケア用品、手術で使用する下着、弾性着衣等は対象外となります。



申請方法

枕崎市健康センター窓口へ直接ご持参いただくか郵送で提出ください。

※郵送の場合、確認事項あれば連絡することがあります。

申請先

枕崎市健康・こども課 健康増進係
（健康センター）
〒898-0034
枕崎市日之出町231番地
電話 0993-72-7176