

## ウィッグ・乳房補正具の購入費用を助成します

### 対象者

①～③全てに  
該当する方

- ①申請日時時点で高岡市に住民登録のある方
- ②がんと診断され、その治療を受けた方または受けている方
- ③がんの治療に伴う脱毛や乳房の切除などにより、ウィッグや乳房補正具を必要とする方

### 対象品

- ①ウィッグ
  - ・全頭用・部分用（装着時に使用するネットの付属品）
  - ・毛つき帽子
- ②乳房補正具
  - ・人工乳房
  - ・人工ニップル
  - ・乳房の形の変化に対応するための補正下着及び下着とともに使用するパッド（ノンワイヤーソフトブラ、ブレストバンド、シリコンパッド等）

### 助成金額 (限度額)

- 購入費用の2分の1（100円未満切り捨て）
- ・ウィッグ 上限3万円
  - ・乳房補正具 右側：上限2万円
  - ・乳房補正具 左側：上限2万円

### 助成回数

- 1人あたり各補正具1回限り  
(ただし令和5年4月1日以降に購入したものに限り)  
※複数購入した場合は1回にまとめて申請してください。  
なお、補助上限額に達していない場合でも再申請はできません。

### 申請期限

- 購入した日の翌日から1年以内  
(例) 令和5年4月1日に購入した場合  
→令和5年4月2日から令和6年4月1日まで申請可能です。

### 助成金 交付までの 流れ

申請書類提出  
(郵送可)

審査

交付決定  
通知書送付

振込み(交付決定  
日から概ね  
1か月以内)

裏面もご覧ください

## 申請に必要な書類

記入する書類	<p><b>①高岡市がん患者補正具購入費助成金交付申請書</b>          申請書は高岡市健康増進課（保健センター内）にあります。また高岡市のホームページからダウンロードできます。</p> <p>※対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。          ※原則として、助成対象者ご本人が申請する必要がありますが、やむを得ない理由でご本人が申請できず、申請等を委任する場合は、「⑤委任状」が必要です。（対象者が18歳未満で、保護者が申請する場合は委任状は必要ありません。）</p>	
添付する書類	<p><b>②治療を証明する書類</b></p>	<p>放射線治療、抗がん剤治療または手術などがん治療を行ったことがわかる書類（写し可）  <b>（1）ウィッグまたは毛つき帽子</b>          抗がん剤治療の説明・同意書、診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳（抗がん剤名記載ページ）など、脱毛の副作用が考えられる抗がん剤名及び抗がん剤の処方日、ご本人名等のわかる書類の写し  <b>（2）乳房補正具</b>          外科的治療の説明・同意書、診療明細書、治療方針計画書など、がんの外科的治療等による乳房の変形を示す（ご本人名、病名や乳房に対する外科的治療、医療機関名等の記載がある）書類の写し</p>
	<p><b>③購入日や金額の明細がわかる書類（領収書等原本）</b></p>	<p>領収書（原本）には以下の項目すべての記載が必要です。          ・購入日（発行日）          ・購入金額          ・金額の内訳          （助成対象品であることがわかる記載が必要）          ・領収書発行者の名称及び住所</p>
	<p><b>④振込先口座が確認できる書類</b></p>	<p>通帳またはキャッシュカードなどの写し          （銀行名、名義、口座番号が確認できるもの）</p>
必要に応じた書類	<p><b>⑤委任状</b></p>	<p>申請者と助成対象者が異なる場合に提出が必要です。          ※助成対象者が18歳未満で保護者が申請する場合は必要ありません。</p>

## 申請方法

上記の「申請に必要な書類」をご準備いただき、以下の申請先に「持参」「郵送」のいずれかの方法で申請してください。郵送にて申請する場合、助成対象者と申請者が異なる場合は、必要な書類と申請者の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカードの顔写真のある面等）のコピーを1部同封してください。

### 【申請先・お問合せ先】

〒933-0045  
 高岡市本丸町7番25号（保健センター内）  
 健康増進課成人保健係  
 TEL 0766-20-1345

高岡市 アピアランスケア

