

がん患者  
の方へ

# ウィッグ・乳房補整具の 購入費用を助成します

春日井市では、がん患者の方の治療と社会参加の両立を支援するため、ウィッグや医療用帽子、乳房補整具の購入費用の助成事業を実施しています。

## 対象者

次の全てに該当する方

- 交付申請日において、春日井市内に住所を有する方
- がんと診断され、がん治療に伴う脱毛や乳房切除により、ウィッグや医療用帽子、乳房補整具が必要な方
- 過去に県内市町村から同様の助成を受けていない方

## 対象品

- ① **ウィッグ・医療用帽子**（頭皮保護ネットを含む。）
- ② **乳房補整具**（補整パッド又は人工乳房。それらを固定する下着を含む。）

## 助成金額

**購入費用の2分の1（上限①②各2万円）**  
 ※100円未満は切り捨て。助成回数は1人につき①②各1回限り。

## 申請期限

**助成対象品購入後、1年以内**  
 ※令和4年4月1日以降に購入したものが対象です。



## 手続方法

### 1 ウィッグ・医療用帽子・乳房補整具の購入

- ・お好きなウィッグ、医療用帽子、乳房補整具を購入してください。購入時には必ず**領収書**を受け取ってください。
- ・助成対象品の個数は問いませんが、助成は①ウィッグ・医療用帽子、②乳房補整具それぞれ1回限りですので、複数購入した場合はまとめて申請してください。

### 2 助成金の申請

購入後、健康増進課で助成金の申請を行ってください。（郵送可）

#### 必要書類

交付申請書	春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書(第1号様式)は市ホームページからダウンロードできます。
治療を証明する書類(写)	お薬手帳(抗がん剤名記載ページ)、治療方針計画書、同意書など
領収書(原本)	宛先(申請者又は助成対象者氏名)、購入日、購入金額、品名、領収書発行者の名称の記載があるもの
振込先の分かるもの	申請者名義の預金通帳など（郵送の場合は写し）
委任状	助成対象者本人以外の方が申請する場合に必要（助成対象者が未成年で保護者が申請する場合は不要）

問い合わせ先

**春日井市健康増進課** 電話:0568-85-6166  
 〒486-8686 春日井市鳥居松町5丁目44番地

詳しくは

春日井市 がん患者補整具購入費助成

検索

# 申請書の記載方法

春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書(第1号様式)は市ホームページからダウンロードできます。

## 《記載例》

第1号様式(第5条関係)		令和〇年 〇月 〇日	
(宛先) 春日井市長		申請者 住所 春日井市×××〇-〇-〇	
		氏名 春日井 花子	
		助成対象者との続柄( 本人 )	
		電話番号(〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	
春日井市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書			
春日井市がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、春日井市がん患者補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付が決定した場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。			
対象者	フリガナ		生年月日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	昭和 〇年 〇月 〇日( 〇歳)
対象者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	がんの治療状況	医療機関名 ××病院 疾患名 乳がん 治療方法 手術・放射線(薬剤) その他( )	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類 ・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他( ) ※いずれかを〇で囲み、写しを添付してください。			
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ 医療用帽子	乳房補整具
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日(領収書の日付)	令和〇年 〇月 〇日	年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	春日井 花子 (続柄 本人)	(続柄 )
購入費用	① 41,000 円(税込)	② 円(税込)	
助成対象額	③(①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)※100円未満切り捨て 20,000 円	④(②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額)※100円未満切り捨て 円	
助成金交付申請金額・請求金額(③と④の合計額)			20,000 円
(申請者の名義) 振込先	金融機関名	××銀行	支店名 ××支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義フリガナ	カスガイ ハナコ	

対象者本人が申請することを原則としますが、代理申請も可能です。(委任状が必要)  
ただし、対象者が未成年者の場合は保護者を申請者とし、委任状は必要ありません。

日中、つながりやすい電話番号を記入してください。

がん治療を証明する書類に〇を付け、その写しを添付してください。  
脱毛原因の治療内容(抗がん剤名等)が確認できるお薬手帳の該当ページや診療明細書、乳房切除手術や薬物療法などの治療方針計画書や同意書などが対象となります。

「有」の場合は、助成対象となりません。

助成は、①ウィッグ・医療用帽子、②乳房補整具、各1回限りです。  
個数は問いませんので、ウィッグ等を複数購入した場合は、申請を1回にまとめて合計額を記入してください。

申請者名義の振込先口座を記入してください。

## Q&A

### Q. 助成対象となるウィッグはどのようなものですか？

全頭用・部分用ウィッグが対象となります。医療用ウィッグかどうかは問いません。また、頭皮保護ネットも対象とします。なお、くしやクリーナー等のケア用品は対象となりません。

### Q. 助成対象となる医療用帽子はどのようなものですか？

肌にやさしい素材で作られた帽子や毛付き帽子など、がん治療に伴う脱毛を補整することを目的とする帽子であれば対象となります。

### Q. 助成対象となる乳房補整具はどのようなものですか？

補整下着(補整パッドと下着が一体になったもの)、補整パッド、人工乳房(肌に密着させて使うもの)が対象となります。補整パッド又は人工乳房を固定するために購入した補正機能のない下着は、補整パッド又は人工乳房と共に申請をする場合のみ対象とします。

### Q. 対象者は女性に限りませんか？

対象者の性別、年齢に制限はありません。ただし、対象者が未成年の場合は保護者を申請者としてください。

### Q. がん治療を受けた日が3年前ですが、対象となりますか？

治療を受けた時期は問いません。現在、治療に伴う外見の変化があり、補整具を令和4年4月1日以降に購入し、購入後1年以内の申請であれば対象とします。

### Q. 過去にウィッグで助成を受けました。今回、乳房補整具で助成を受けられますか？

可能です。①ウィッグ・医療用帽子、②乳房補整具、それぞれで1人1回申請ができます。

### Q. 支払いにポイントを使用していますが、補助の対象となりますか？

現金で支払った部分の金額のみ対象となります。

