

大津市がん患者のアピアランスケア 支援事業助成金のご案内

大津市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がより良いものになるよう、ウィッグや帽子の購入経費の一部を助成する事業を実施しています。

令和7年4月から、乳房補整具も助成対象となりました。

助成を受けることができる方

次の項目すべてに該当する方

- 申請日時点で、大津市に住民登録している方
- がんと診断され、次のいずれかの治療を受けている方または過去に受けていた方
 - ・抗がん剤治療、放射線治療等の脱毛症状の副作用を伴う治療
 - ・手術等による乳房を切除する治療
- 他の制度により、補整具の購入費用の助成を受けていない方

対象補整具	助成金額	申請限度
①頭髪補整具 ウィッグ・帽子 (装着のためのネットを含む)	①～③それぞれにつき、 10,000円 購入額が10,000円に満たない場合は 実際に購入した金額。複数品目の合算で の申請も可能。千円未満切捨て	①～③それぞれに つき、一回限り
②乳房補整具（左）※ 補正下着・補整パッド・人工乳房		
③乳房補整具（右）※ 補正下着・補整パッド・人工乳房		

※②、③は令和7年4月1日以降に購入したものに限り。人工乳房は乳房再建術で体内に埋め込まれたものを除く。

申請の流れ

申請期限：補整具を購入した日
の翌日から起算して1年以内

申請

郵送または
窓口で申請

審査

書類の追加・訂
正をお願いする
場合があります。

助成金交付決定通知書送付

約1か月で
助成金を振込

助成金振込

申請に必要な書類

- 大津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金
交付申請書兼請求書（別紙記入例参照）
- 対象補整具を購入したことがわかる、患者本人を宛
名とした領収書のコピー（裏面参照）
※購入日の翌日から1年以内のものに限る
- がん治療を証明する書類のコピー
※脱毛の副作用を伴う抗がん剤を使用したことが確認できる
書類、手術等で乳房を切除したことがわかる書類
例）診療明細書、お薬手帳
- 振込先口座の確認ができるもの
例）通帳のコピー
- 委任状（※助成対象者（患者本人）と申請者や助成金振込
口座の名義人が異なる場合等）

申請にあたりご注意いただきたいこと

領収書

領収日付、宛名（患者本人の氏名※フルネーム）、金額及び購入品目（「ウィッグ代」「補整下着代」等（複数品目購入の場合は品目別の内訳））の記載が必要です。

購入金額（助成対象金額）は、支払額から送料やクレジットカードのポイント等を除いた額となります。



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



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

宛名や購入品目の記載のないもの、購入品目が具体的に分からない「お品物代」等の記載は不可となります。

※「明細書」「納品書」「クレジットカードの利用明細」等は不可となります。

委任状

助成対象者（患者様ご本人）と、申請者や助成金振込口座の名義人が異なる場合は委任状を提出してください。ただし、助成対象者が未成年の場合は不要です。

詳細は、別紙「委任状の提出にあたり」をご確認ください。

Q&A

分類	質問内容	回答
申請書兼請求書について	記入を間違えました。書き直しが必要ですか？	訂正箇所には二重線を引き、 請求印と同じ印鑑で訂正印を押印 してください。ただし、 請求額は訂正不可 のため、請求額を書き間違えた場合は、最初から書き直してください。
がん治療を証明する書類について	（乳房補整具の申請にあたり）手術名はどのような書類に記載されていますか？	診療明細書や、手術の同意書等に手術名の記載があります。患者様ご本人のお名前や、日付が記載されたものをご準備ください。
補整具について	インターネットや通信販売で購入したものでも申請できますか？	申請可能です。 領収書に、領収日付、宛名、購入品目及び金額の記載があること をご確認ください。なお、申請金額は送料等を除いた額となります。
	今回10,000円未満の補整具を購入し、申請を考えています。今後追加で購入した場合に、再度申請はできますか？	申請は、 補整具ごとに1回限り となります。複数品目での合算での申請もできますので、ご確認ください（申請期限：購入日の翌日から1年以内）。
領収書について	領収書の宛名が本人以外の場合でも、申請できますか？	領収書の宛名には 患者様ご本人のフルネームの記載 が必要です。患者様ご本人以外の宛名のものは受理できません。
振込先口座について	通帳の発行をしていないため、コピーができません。どうすればよいですか？	銀行名、支店名、口座の種類、口座番号が確認できる 場合、キャッシュカードのコピーでも構いません。
	配偶者の口座への振込を希望します。	委任状をご提出ください。詳細は、別紙「委任状の提出にあたり」をご確認ください。

申請先・お問合せ先

〒520-0047

大津市浜大津四丁目1番1号 明日都浜大津2階

大津市保健所健康推進課 **がん対策推進係**

電話 077-528-2748 FAX 077-523-1110

<https://www.city.otsu.lg.jp/kenko/i/j/o/20250.html>

【大津市ホームページ】
がん患者のアビアランス
支援事業について

