



# がん治療のため必要となった 医療用ウィッグ・乳房補整具 の購入費を助成します

**受付期間** R7.4.1～R8.3.31

助成額

購入費の **1/2**  
【上限：2万円】

※令和6年4月1日以降に購入した医療用補整具が助成対象になります。



## 助成対象者

次の全ての要件を満たす方が対象になります。

- 見附市内に住所を有する方
- がんと診断され、かつ、その治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を受けた方または現に受けている方
- がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除に伴い補整具が必要である方または必要となることが想定される方
- 補整具の購入に関して、国やほかの自治体から助成金等の交付を受けていない方

## 助成回数

1人につき「助成対象となる補整具」の区分ごとに**1回**  
(※過去に助成を受けた方は対象外)



## 助成対象となる補整具

### 医療用ウィッグ

がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの  
(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む)

### 乳房補整具

次のいずれかの補整具

- 外科的治療等による乳房の形の変化を補整するための補整下着（下着とともに使用するパッドを含む）
- 人工乳房  
(乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く)

### 【助成対象外】

- メンテナンス用品（スタンド、ブラシ、シャンプー、クリーナー等）
- 送料、手数料、交通費、補整具修理費



## 申請に必要な書類

番号	書類名	説明
①	見附市がん患者医療用補整具 購入費助成申請書	裏面は「見附市がん患者医療用補整具購入費助成に 関する同意書兼誓約書」になっています
②	診断名及び治療方法（抗がん 剤治療の場合は薬剤名）が確 認できる書類（コピー）	病状説明書・治療計画書・診療証明書等、 医師や医療機関が発行したもの
③	補整具の購入に係る領収書 （コピー）	購入者氏名・購入日・購入金額（内訳）・購入内容・ 購入店が確認できるもの
④	商品カタログ （ページのコピー）等	購入した補整具の形状・仕様が確認できるもの ※カタログがない場合は写真等
⑤	振込先口座（申請者名義の 口座に限る）通帳のコピー等	金融機関・口座番号・口座名義等が確認できるもの
⑥	申請者及び助成対象者の 本人確認ができる書類	マイナンバーカード（表面）、運転免許証、健康保険 証・資格確認書等の加入医療保険のわかる書類 等 ※郵送の場合はコピー

※（必要な方のみ）委任状 … 助成対象者と申請者が異なる場合



## 申請方法

### 01 窓口での申請

上記「申請に必要な書類」①～⑥を、下記申請先までご持参ください。

※書類に訂正箇所がある場合に訂正印をいただくことがありますので、  
印鑑（認印）をご持参ください。

### 02 郵送での申請

上記「申請に必要な書類」①～⑥を、下記申請先まで郵送してください。

※不備がある場合は電話連絡いたしますので、日中繋がりやすいお電話番号を  
ご記入ください。

### 【問合せ・申請先】

〒954-0052 見附市学校町2丁目13番30号  
見附市健康福祉課予防医療係

電話：0258-61-1370

受付時間：平日 8：30～17：15

詳細や申請書様式は  
市ホームページへ

