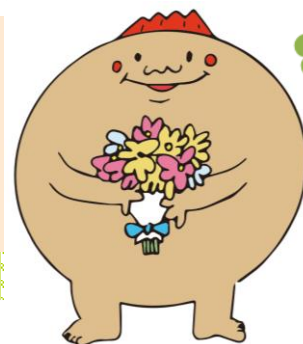


がん患者アピアランスケア支援事業 購入費助成事業のご案内

鹿児島市では、がん患者の方の治療や就労等の社会生活を支援するため、ウィッグ又は乳房（胸部）補整具を必要とする方に、購入費用の一部を助成します。



マグマシティPRキャラクター
火山の妖精 マグニョン

助成内容

対 象 者

次の①②③を満たす方

- ① 申請日時点で鹿児島市に住所を有する方
- ② がんと診断され、がん治療による脱毛又は乳房の変化に対応するためのウィッグ又は乳房（胸部）補整具が必要な方
- ③ 他の制度において、ウィッグ又は乳房（胸部）補整具の購入費用の助成や給付を受けていない方

対 象

○全頭用（フル）のウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む）
※申請は対象者1人につき1回限り、台数は1台に限ります

○乳房（胸部）補整具

（手術による乳房の変化に対応するための補整下着・補整パッド・専用入浴着・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））

助成金額

○医療用ウィッグの購入額と20,000円のいずれか少ない額

○乳房（胸部）補整具購入額と10,000円のいずれか少ない額

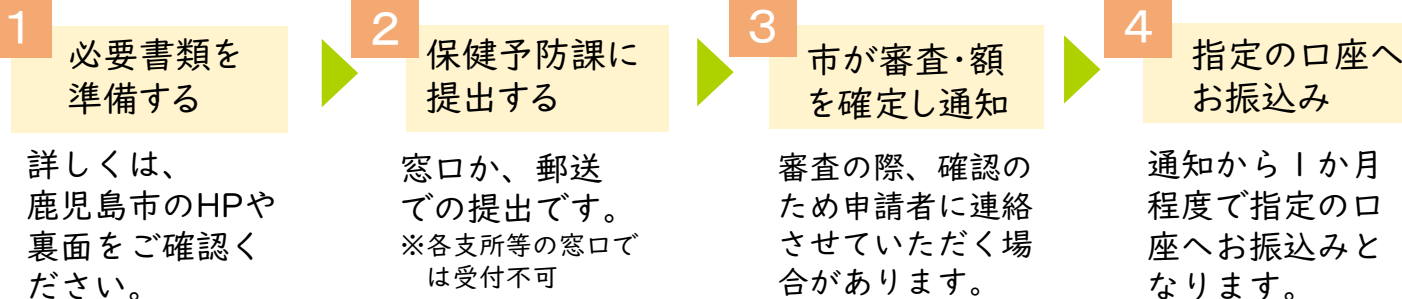
申請期限

対象となるウィッグ又は乳房（胸部）補整具の購入日の属する年度の末日（令和7年度については令和8年3月31日）

※やむを得ない事情で期限内に申請できない場合は、事前に保健予防課までご連絡ください

申請・助成の流れ

🌸 提出先は裏面をご確認ください。

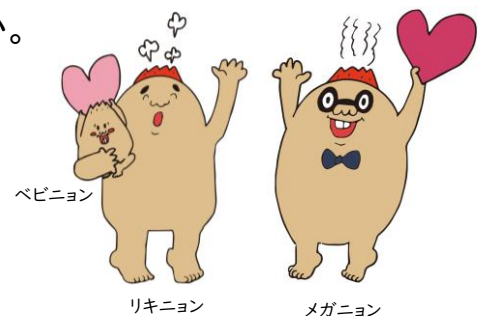


必要書類

NO	書類名	内容・注意点
①	鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書(様式第1)	市が定める様式(ホームページにあります)
②	がん治療を証明する書類(コピー)	がんと診断され、がん治療を受けたまたは現在受けていることを証明する書類(コピー) 例.治療方針計画書、薬物療法に関する説明書、診断書など
③	領収書(原本)	ウィッグ又は乳房(胸部)補整具を購入した際の領収書(原本) ※市が指定した項目が記載されていることが必要です。詳しくはホームページをご覧ください。 ※乳房(胸部)補整具については申請分全てご提出ください。
④	通帳のコピー	助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳のコピー(振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義(カナ名義)、口座番号がわかるページの写し)
⑤	委任状(様式第2)(右記の場合のみ)	対象者がやむを得ない事情で申請できず、申請を委任する場合や助成金の受領を委任する場合(対象者が未成年の場合は不要) 市が定める様式(ホームページにあります)

詳しい内容は鹿児島市のホームページをご確認ください。

鹿児島市 アピアランスケア支援事業



提出先

申請は、窓口にご持参いただくか郵送でご提出ください。

所在地

〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号
鹿児島市役所 保健予防課

窓口

別館3階 3番窓口 保健予防課
※各支所等の窓口では受け付けておりません。

連絡先

☎:099-803-6927 FAX:099-803-7026

※お電話・窓口での対応は、市役所の開庁時間内(平日午前8:30~午後5:15)となります。

