鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業 申請の手引き

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。

１．助成対象となる方　※下記（１）～（３）の全てを満たす方

（１）助成金の申請日時点で、鹿児島市に住所を有する方

（２）がん患者で、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）補整具を必要とする者

（３）他の制度において、ウィッグ又は乳房補整具の購入費用の助成や給付を受けていない方

２．助成対象

〇全頭用のウィッグの購入額

（消費税額及び地方消費税額を含む）

※装着時に皮膚を保護するネットを含みます。

※対象者１人につき１台に限ります。

〇乳房（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））の購入額

（消費税額及び地方消費税額を含む）

※**下記の経費は助成の対象外**です。

・付属品及びケア用品（ウィッグについては、クリーナー、ブラシ、シャンプー、リンス、スタンド、商品を保管する容器等）
・購入のために要する送料、交通費、代金決済手数料、申請に必要な証明書等にかかる費用
・サイズ調整代、カット代、セット代、ポイントやクーポンにかかる値引き分

３．助成金額

〇ウィッグ

上記２に該当する全頭用のウィッグの購入額と２０，０００円のいずれか少ない額

〇乳房（胸部）補整具

上記２に該当する乳房（胸部）補整具購入額と１０，０００円のいずれか少ない額

４．助成回数

対象者１人につき１回限り

５．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８年度については令和９年３月３１日（消印有効））

（☎０９９－８０３－６９２７）

６．申請と助成の流れ

（１）申請の提出書類を準備する。

※２ページの「７.申請に必要な書類」を参照してください。申請者向けのチェックシートがホームページにありますので、確認にご活用ください。

（２）鹿児島市保健予防課（別館３階３番窓口）に提出する。

※提出先は３ページの「８.申請書提出先・問い合わせ先」をご確認ください。提出方法は郵送か窓口持参となります。

※各支所等の窓口では受け付けておりません。

（３）市が審査・額を確定し申請者に通知する。

※審査の際、確認のため申請者に連絡させていただく場合がありますのでご了承ください。

（４）申請者の指定する口座へお振込み

※通知から２か月程度でのお振込みとなりますのでご了承ください。

７．申請に必要な書類

※下記①～④（対象の場合は⑤も）の全て提出が必要です。

NO	書類名	注意事項
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）	様式・記入例は鹿児島ホームページに掲載していますので、ダウンロードしてご利用ください。（ご自宅のパソコン等で印刷できる環境がない場合は、保健予防課までご連絡ください。） ※申請書の振込先は、申請者又は対象者の口座をご記入ください。
②	がん治療を証明する書類 （**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	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のコピーです。 ※病名、治療の内容（手術・化学療法など）、対象者名、発行している病院名が記載されているもの （新たに診断書を取得していただく必要はありません。治療等にあたり、既に病院等から受領している書類のコピーで可です。）
③	対象となるウィッグ又は乳房（胸部）補整具を購入した際の領収書（**原本**）	下記の事項が記載されていることが必要です。インターネット通販等で購入したものなど、要件を満たさない領収書の場合は、保健予防課にご相談ください。 ＜記載内容＞ 申請者又は対象者の氏名、購入した年月日、品名（ウィッグ：ウィッグが全頭用であること、乳房（胸部）補整具：商品名など、乳房補整具であることがわかる記載があるもの）、金額（購入金額の明細がわかるもの）、個数、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもの。
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。金融機関名、支店名、預金種目、口座名義（カナ名義）、口座番号が確認できるページをコピーしてください。（通帳がない場合は、キャッシュカードの写し）
⑤	（対象の場合のみ） 委任状（様式第２）	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に必要です。（※対象者が未成年の場合は、申請者は保護者のため不要） 様式・記入例は鹿児島市ホームページに掲載していますので、ダウンロードしてご利用ください。

８．申請書提出先・問い合わせ先

窓口持参か郵送での提出をお願いいたします。

＜郵送先＞

〒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＞

鹿児島市役所　別館３階３番窓口（保健予防課）　下記地図をご参照ください。

※１階に市民課がある建物の３階です。

※各支所等の窓口では受け付けておりません。

＜問い合わせ先＞

☎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となります。

（平日午前８時 45 分～午後４時 30 分
（祝・休日及び 12 月 29 日～１月３日を除く））

※ご不明な点等ございましたら、ご相談ください。

鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業ホームページ

令和８年４月１日作成