

# 日野市

～令和7年度 がん患者へのアピランスケア支援補助金のご案内～

## がん患者のウィッグ・補整具購入等費用を補助します。

日野市では、がん患者が治療を受けながら自分らしい社会生活ができるよう応援し、その支援の一つとして外見（アピランス）の変化への補整具に係る費用を一部補助いたします。

### 1. 補助を受けることができる方（下記のすべてに該当する方）

- ◆申請時において、日野市に住所がある方
  - ◆がんと診断され、がん治療を受けた、または現在治療中の方
  - ◆がんの治療に伴い、脱毛や乳房の切除などにより、補整具が必要な方
  - ◆過去にこの補助金、または他の地方公共団体から同種の支援を受けていない方
- ※この補助金は、一人につき1回限り申請が可能です

申請書はこちらよりダウンロードできます。↓



### 2. 補助対象経費（下記内容の購入またはレンタルに係る費用）

- ◆医療用ウィッグ等（装着用ネット、帽子を含む）
  - ◆胸部補整具（補整下着、シリコンパッド、弾性ストッキング等、また着脱に必要な接着剤及び剥離剤を含む）
- ※本体に含まれない付属品やケア用品、購入のために要した交通費、郵送費等は**対象外**
- ※購入（レンタル）した日の翌日から1年以上経過しているものは**対象外**

### 3. 補助金額

- ◆上限20,000円
- ※ウィッグや補整具等の個数に制限はありませんが、補助額は20,000円が上限額です

### 4. 申請方法

- ◆下記の必要書類を、郵送もしくは窓口（平日8:30～17:00）にて提出

受付期間：令和7年4月1日～令和8年3月16日

提出先：〒191-0011 日野市日野本町1-6-2 生活・保健センター内  
日野市健康課健康増進係「アピランスケア補助担当」

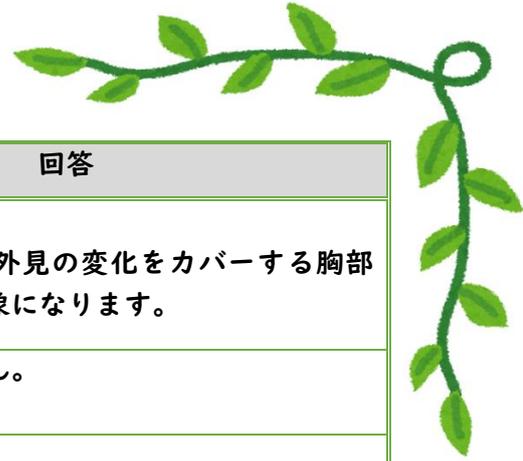


#### 【必要書類】

- ①日野市がん患者へのアピランスケア支援補助金交付申請書兼請求書（第1号様式）  
※振込先記入欄があります。口座情報がわかるもの（通帳、キャッシュカード等）をご用意ください。
  - ②がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）
  - ③購入（レンタル）の明細がわかる書類（領収書など）【原本】※写しは不可  
（申請者のフルネーム、購入日（発行日）、購入金額、内訳、領収書発行者の名称及び所在地を明記）
  - ④身分証明書の写し（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）
- ※その他、市で必要と認める書類を提出していただく場合があります

Q & Aは裏面をご参照ください

## Q & A



質問	回答
胸部補整具は乳がんによるものに限られるのか。	限りません。 がん治療における外見の変化をカバーする胸部補整具であれば対象になります。
ウィッグや帽子は医療用に限るのか。	医療用に限りません。
ウィッグのヘアピースは対象になるのか。	はい。 全部ウィッグのほか、部分ウィッグも対象です。
インターネット（クレジットカード決済）で購入し、領収書がないがどうしたらよいか。	領収書に代わるものとして、支払いをした事がわかるものと、記載必要事項（申請者のフルネーム、購入日、購入金額、内訳、領収書発行者の名称及び所在地）が確認できるものを提出ください。 例えば、クレジットカード決済の場合、クレジットカード会社からの請求明細の原本（支払いしたことがわかり、申請者名、購入日、購入金額があるもの）、納品書や申込の受注確認のメールをプリントアウトしたもの（金額の内訳、購入先の名称、所在地があるもの）などです。
店舗でクレジット払いで購入し、領収書が発行されなかったがどうしたらよいか。	購入された店舗へ領収書の発行を依頼してください。発行ができない場合は、申請者のフルネーム、購入日、購入金額、内訳、領収書発行者の名称及び所在地が確認できるものをご提出ください。
ポイントで購入した額は含まれるか。	ポイント利用額を除いた額が対象となります。
レシートで申請は可能か。	はい。領収書の様式は問いません。 ただし、申請者のフルネーム、購入日、購入金額、内訳、領収書発行者の名称及び所在地が必要です。
未成年の子どもに購入したものについて、保護者が申請する場合はどうしたらよいか。	申請書の「補助対象者」欄に対象のお子様の情報を記入してください。また対象者（子ども）と申請者（保護者）が同一世帯でない場合には、申請者の方が対象者の方の「親権者であること」が確認できる書類も併せてご提出ください。
補助対象になるウィッグ・胸部補整具は個数制限はありますか。	ありません。ただし補助上限額は 20,000 円となります。また、申請は一人1回限りです。

※その他ご不明な点はお問合せください。

### 【問合せ・提出先】

〒191-0011 日野市日野本町 1-6-2 生活・保健センター内  
日野市健康課健康増進係「アピアランスケア補助担当」  
電話：042-581-4111 FAX：042-583-2400（平日 8：30～17：00）

