

がん患者医療用補整具購入費用助成事業

～医療用ウィッグ・補整具の購入費用を助成します～

がん治療に伴う外見の変化による心理的負担を軽減し、皆様の自分らしい日常生活を応援するため、医療用ウィッグなどの購入費用を助成します。

助成を受けられることができる方

- 次の要件をすべて満たしている方が対象になります。
 - (1) 申請日に朝来市に住民登録がある方
 - (2) がんと診断され、その治療を受けたまたは現在受けている方
 - (3) 助成の対象となる補整具を、令和8年度中（令和8年4月1日～令和9年3月31日）に購入した方
※令和8年1月1日～3月31日に購入した方は、購入日の翌日から90日以内であれば申請できます。
 - (4) 過去に兵庫県内の自治体から対象補整具と同種の助成を受けていない方
 - (5) 申請者が市税等市の徴収金を滞納していないこと
 - (6) 別表に規定する所得要件を満たす方（裏面 別表所得要件参照）

対象補整具・助成内容

- 対象となる補整具は以下のとおりです。

区分	要件	助成上限額
1 医療用ウィッグ ※ウィッグは原則医療用	がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用するもの（装着時に皮膚を保護するネットを含む）※1人1台	5万円
2 乳房補整具 (A または B のいずれか)	A 補整下着 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するためのもの（下着とともに使用するパッド含む）	1万円
	B 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） ※1人1台 ※両側乳がんの場合は2台	5万円

- 助成金の申請は、1人につき「医療用ウィッグ」、「乳房補整具」共に行えますが、それぞれ1回限りです。

※付属品、クリーナーやリンス・ブラシ等のケア用品、購入のために要した交通費、郵送費等は対象となりません。
※補整具の購入額が助成上限額に満たない場合は、購入額を助成します。

申請に必要な書類

①がん患者医療用補整具購入助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）

②がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等の写し

がん治療を受けた又は現在受けていること、及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限ります。（例：主治医から説明を受けた書類、治療計画書など）

③対象補整具の購入費の領収書の写し

申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。

医療用ウィッグの場合は『医療用である』ことが記載されているもの。

乳房補整具の場合は『補整下着又は人工乳房である』ことが記載されているもの。

④対象補整具を購入した方等の所得額を証明できる書類（例：課税証明など）

⑤助成金の振込を希望する金融機関の通帳などカナ名義と口座番号が確認できるもの

●上記①は下記問い合わせ先で入手できるほか

ホームページからダウンロードもできます

朝来市 医療用補整具 助成



別表所得要件

補整用具を購入した方	前年（1～5月の申請の場合は前々年）の所得要件
未成年の場合	補整用具を購入した方と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が400万円未満
未婚で成年の場合	補整用具を購入した方の所得額が400万円未満
既婚の場合	補整用具を購入した方とその配偶者の所得額の合計が400万円未満

申請期限

購入時期	申請期限
令和8年1月から3月までの間に購入	購入日の翌日から90日以内
令和8年4月から12月までの間に購入	令和9年3月31日まで
令和9年1月から3月までの間に購入	購入日の翌日から90日以内

申請方法

●下記申請窓口申請書類を提出してください。

※郵送での提出も可能ですが、郵便物の不着事故などは責任を負いかねます。簡易書留や特定記録郵便などをお勧めします。

申請窓口・問い合わせ先

朝来市健幸づくり推進課（朝来市保健センター内）

住所：〒669-5267 兵庫県朝来市和田山町法興寺 378 番地 1

電話：079-672-5269 FAX：079-672-5369

Mail：kenkou@city.asago.lg.jp