



がん患者アピアランスケア

簡単手続き

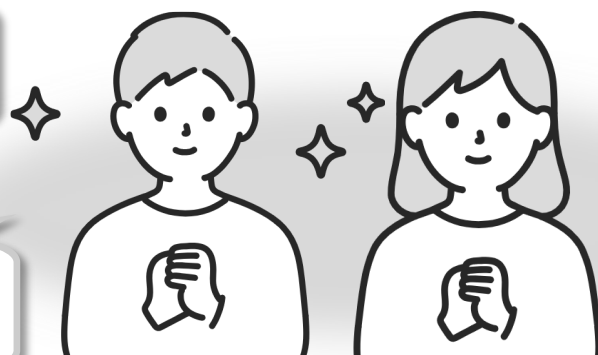
R7.8月から
記入書類が
2枚→1枚になりました

支援事業のご案内

抗がん剤や放射線治療の影響による脱毛や手術による乳房切除等、外見の変化により社会参加への不安を持つがん患者の方に対して、ウィッグや乳房補整具等の購入費用を助成します。

性別・年齢を問わず
利用できる

おしゃれを楽しんで
お出かけができる



治療や仕事が続けやすい

見た目を気にする
不安がやわらいだ

気分が前向きになる

ウィッグ



全頭用・部分用ウィッグ
頭皮保護用のネット

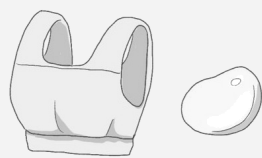
医療用ウィッグでなくても対象ですが、医療用帽子や付属品、ケア用品は対象外となります。

補助金額

上限**2万円**

組み合わせOK

乳房補整具



補整下着
人工乳房、専用入浴着

※購入日から1年以内に申請が必要です。ただし、令和6年4月1日以降に購入したウィッグや乳房補整具が対象となります。
※複数個購入した場合は合算して上限2万円で、申請は1回限りです。

申請窓口・お問合せ

高知市保健所健康増進課

088-803-8005

〒780-0850

高知市丸ノ内一丁目7-45 総合あんしんセンター1階

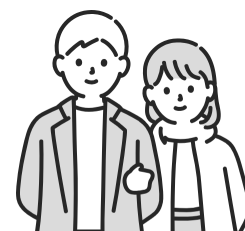
健康増進課
ホームページは
こちらから



補助を受けることができる方

次のすべてに該当する方

- ☐ 申請時に高知市に住所を有する方
- ☐ がんと診断され、その治療を受けた方又は現在受けている方
- ☐ がん治療による外見の変化に伴い、補整具を購入した方
- ☐ 他の補助金等を受けていない方



※購入日から1年以内に申請が必要です。ただし、令和6年4月1日以降に購入した補整具が対象となります。
※複数個購入した場合は合算して上限2万円で、申請は1回限りです。

申請の流れ

「補助金交付申請兼請求書」に必要事項を記入し、下記の書類を添えて、高知市保健所健康増進課に提出。(郵送可)

① 書類提出

② 決定通知

③ 口座へ振込み

必要な書類

記入する書類	補助金交付申請兼請求書	健康増進課に電話して取寄せ、または健康増進課ホームページからダウンロード可能
添付する書類	領収書(原本)	購入者名、購入年月日、購入品名、購入額の記載が必要(購入品が複数ある場合は内訳がわかるもの)
	がんの治療を受けていることを証明する書類	治療計画書、化学療法説明書、診断書等のコピー
	本人確認書類	現住所及び生年月日が確認できる書類のコピー
	振込先口座の分かるもの	通帳のコピーなど

Q&A

質問	回答
補助対象となるウィッグや乳房補整具は、一人ひとつに限られますか。	複数購入されたものも対象となります。ただし申請は1回限りとなりますので、まとめて申請してください。
ウィッグ以外に帽子やブラシなども購入しました。対象外となるものはどのようなものがありますか。	帽子(医療用含む)やブラシなどの付属品、ケア用品等は対象外となります。また、購入のための交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用、診断書発行に係る文書料等も対象外となります。
乳房補整具は、カップ付きブラジャーであれば対象となりますか。	乳房切除により外見変貌があった方のための、補整機能がある(大きめパッドを入れてバストラインを整えることができる。)ものが対象となります。
インターネットで購入し、領収書がありません。	領収書に代わるものとして、支払をしたことがわかるもの(クレジットカード会社からの請求明細)と、申込受注確認メールの写しなどが必要です。ご相談ください。
購入時にクーポンやポイントを利用しました。	クーポンやポイントの利用は対象外となり、差し引いた請求額が対象となります。



申請方法

申請される方は、下記提出書類をご準備のうえ、高知市保健所健康増進課に提出してください。（郵送可）

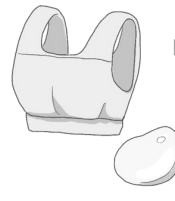
補助金額
上限 **2万円**

補助対象品 組み合わせOK



ウィッグ
全頭用・部分用ウィッグ
頭皮保護用のネット

医療用ウィッグでなくても対象ですが、
医療用帽子や付属品、ケア用品は**対象外**



乳房補整具
補整下着，人工乳房
専用入浴着

※購入日から1年以内に申請が必要です。ただし、令和6年4月1日以降に購入したウィッグや乳房補整具が対象となります。
※複数個購入した場合は合算して上限2万円で、**申請は1回限り**です。

提出書類

補助金交付申請兼請求書

お手元がない方は、健康増進課に電話して取寄せ、または健康増進課ホームページからダウンロードしてください。

領収書（原本）

- 宛名（申請者フルネーム）
- 金額 ※購入品が複数ある場合は内訳がわかるもの（カタログのコピーなど）を添付してください。
- 購入年月日
- 商品の内容 ※補助対象品であることが分かる記載が必要です。（「ウィッグ」「補整下着」等）
詳細の記載がない場合は、納品書や購入明細書など、何を購入したか分かる資料を添付してください。
- 領収書発行者の名称及び住所

① 高知 花子 様	② 領 収 書	③ 令和6年4月30日
55,000円		
但 ウィッグ代として		
〇〇市〇〇町〇番〇号	〇〇ショップ	〇〇 〇〇
④	⑤	

インターネットで購入し 領収書がない場合 右の(1)(2)が必要	(1)支払いをしたことが分かるもの - 例 - クレジットカード会社 からの請求明細	+	(2)購入した商品の詳細が分かるもの - 例 - 納品書 購入明細書 受注確認メール(写)
--	---	---	---

がんの治療を受けていることを証明する書類（コピー可）

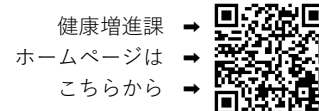
(例)治療計画書，化学療法説明書，診断書，おくすり手帳など

※乳房補整具を申請する場合は，外科的治療等による乳房の変形を示す書類

(例)「乳房切除術」の記載がある治療計画書など

本人確認書類（コピー可）

(例)免許証やマイナンバーカードなど



ご不明な点等ございましたら、
お気軽にお問い合わせください。

振込先口座のわかるもの（コピー可）

(例)通帳など（銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人が分かるもの）

高知市保健所健康増進課

〒780-0850 高知市丸ノ内一丁目7-45 総合あんしんセンター1階

088-803-8005

記入例

様式第1号（第5条関係）

申請日（請求日）令和7年8月1日

申請日

高知市長 様

補助金交付申請兼請求書

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を受けた当該補助金について請求します。なお、高知市事業等からの暴力団の抑制に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (補助対象者)	氏 名	高知 花子									
	住 所	高知市丸ノ内1丁目7-45									
	生年月日	昭和●年●月●日	電話番号	090-1234-5678							
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ・乳房補整具			ウィッグ・乳房補整具						
	購入年月日 (領収書の日付)	令和7年8月1日			令和7年8月1日						
	購入費用	18,000円(税込)			5,000円(税込)						
補助金申請(請求)額	20,000円(※上限2万円)										
振込先口座 (申請者名義のもの)	金融機関名	●●銀行		支店名	●●支店						
	口座種別	普通 当座		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
確認事項 (□に✓)	☒ 過去に他の市町村が実施する補整具購入にかかる同様の補助を受けていません。 ☒ 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は 他市町村の補助対象ではありません。 ☒ この事業の実施に関し必要となる住民基本台帳に記載された情報について、市が調査 することに同意します。 ☒ 市が補整具の購入先に対して購入内容を照会することに同意します。 ☒ 市が高知県に対して当該補助実施にかかる情報を提供することに同意します。										
添付書類 (□に✓)	☒ 補整具の購入に係る領収書の原本（購入者名、品名、金額等の記載のあるもの。） ☒ 治療計画書，化学療法説明書，診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 ☒ 現住所及び生年月日が確認できる書類 ☒ 通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写し その他市長が必要と認める書類（ ）										

注意事項

- この申請書は高知市が交付決定した後に補助金の請求書として取り扱います。
- 振込は、補助金の交付の決定があった日から1か月程度かかります。

必ずチェック✓

この書類と合わせて

- 領収書(原本)
- 本人確認書類のコピー
- がん治療の証明書類
- 通帳のコピー

の添付をお忘れなく