



がんの治療をされている

印西市にお住いの人へ

がんの治療中または、治療された人の生活の質の向上を目的として、手術後や抗がん剤治療等による外見の変化に伴う精神的・経済的な負担を軽減するために、ウィッグ（かつら）や胸部補整具等の購入やレンタル費用の一部を助成します。

抗がん剤治療や放射線治療を受けて髪が抜けてしまった

手術でできた傷を保護したり、補整するものが欲しい

外出や仕事などしてこれからも自分らしい生活をしていきたい



そんな悩みに寄り添い、少しでも経済的な負担を減らす支援をします

【問い合わせ先】

〒270-1340 印西市中央南一丁目4番地3

コスモスパレット パレットII 2階

印西市健康子ども部健康増進課

(総合保健センター)

担当：健康政策係

☎ 0476-33-3264



対象となる人（次の1～5の項目にすべて該当する人）

<input type="checkbox"/>	1、以下の助成対象となる品目の購入またはレンタル（令和6年4月1日以降）をした人
<input type="checkbox"/>	2、購入日、レンタル開始日から申請日まで継続して印西市に住民登録がある人
<input type="checkbox"/>	3、がんと診断され、がんの治療中または、治療を受けていた人
<input type="checkbox"/>	4、印西市または他の市町村が実施する、がん治療に伴うウィッグ（かつら）、胸部補整具等の購入やレンタルの助成を受けていない人
<input type="checkbox"/>	5、住民税の滞納をしていない人

助成対象となる補整具及び助成金額

ウィッグ（かつら）

ウィッグ（全頭用、部分用かつら）、
毛つき帽子、皮膚保護用（装着用）ネット

助成上限額：3万円

胸部補整具

補整下着（ノンワイヤーソフトブラ）、
補整用シリコンパッド、人工ニップル、
人工乳房（埋め込み式のもの除く）

助成上限額：2万円

※助成対象となるのは、令和6年4月1日以降に購入または、レンタルにかかった費用です。

※対象となるもの、助成金額についての審査は、購入品の明細書等で行います。

※助成対象外となるもの

- ◎ウィッグのスタンド等付属品やケア用品（ブラシやシャンプー等）
- ◎修理費や送料、手数料
- ◎乳房再建術等によって体内に埋め込まれたもの
- ◎医療保険で購入したもの

申請期限

購入日の翌日から1年以内

レンタル開始日の翌日から1年以内

注意事項

- ◎助成を受けるには申請が必要です。
- ◎申請は、対象者1人につきウィッグ（かつら）、胸部補整具ともに各1回限りです。
- 複数購入した場合は1回にまとめて申請してください。



申請から助成金支給までの流れ

申請書の提出

次の書類をすべて用意し、健康増進課（①ページの問い合わせ先）に提出。
（郵便、窓口どちらでも可）

※申請書類の不備等がある場合は、審査に時間がかかることもありますので、
提出書類の確認をお願いします。

<input type="checkbox"/>	助成金交付申請書兼 請求書	申請書は、市ホームページから印刷できます。 （健康増進課（①ページの問い合わせ先）にも用意しています。）
<input type="checkbox"/>	対象者（及び申請 者）の本人確認書類 （写し）	マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書等の 写し（いずれか一つ） ※対象者と申請者が違う場合は、両者の確認書類
<input type="checkbox"/>	がん治療を証明する 書類（写し）	がんの診断や治療内容が記載されているもの（がんの治 療に伴う脱毛や外科的治療による乳房切除等が見込まれる 内容（説明）のある書類一式） <書類の例> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書等 ※発行した医療機関名、医師の氏名、治療を受けた人（対 象者）の氏名の記載があるものとします。
<input type="checkbox"/>	購入または、レンタ ルしたことがわかる 書類（原本または写 し）	【購入の場合】 ① 領収書の原本（返却希望の方は、ご相談ください）※ ② 明細書の写し（明細書がない場合は、購入品の詳細が わかるものの写し等でも可） 【レンタルの場合】 ① 領収書の原本（返却希望の場合は、申し出てください） ② 賃貸借契約書の写し（レンタル期間及びレンタル品が わかるように記載があるもの）
<input type="checkbox"/>	振込先口座が確認で きる書類（写し）	振込先金融機関名、支店名、口座名義人名（カナ）、預金 種別、口座番号等が確認できるものの写し（通帳またはキ ャッシュカード） ※ネットバンクや通帳アプリを利用している場合は上記 の内容がわかるものの写し

※ネット購入時のクレジット決済などで領収書の発行が難しい場合は、商品が届いた際に
届く納品書や、クレジットカード利用明細書などをご用意ください。

審 査

提出のあった申請書類等を確認・審査後、支給決定の有無を判定します。

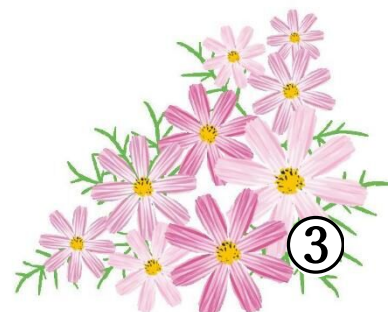
（提出書類に不備がある場合は、審査に時間がかかる場合があります）

決定通知の郵送

審査の結果、支給を決定した人に決定通知を郵送します。

決定額の支給

申請書の振込先に助成金を振り込みます。



申請書の記入例

がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和7年 4月 20日

(あて先) 印西市 **該当するものにチェックしてください**

印西市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次の事項について確認・同意の上申請します。

- 印西市及び他の自治体を実施するウィッグや胸部補整具の購入又はレンタルに係る同様の助成を過去に受けていません。
- 申請に係る対象経費について、医療保険各法による保険給付の対象となる経費はありません。
- 印西市が所有する公簿等により、申請者および申請者の家族の納税状況を確認することに同意します。なお、このことについて、**日中連絡がとれる番号を記入してください**
- 印西市から医療機関に治療内容及び購入先に購

対象者	ふりがな	いんざい はなこ		生年月日	昭和40年 4月 1日	
	氏名	印西 花子		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	住所	〒270-〇〇〇〇 印西市大森〇〇〇〇-〇〇				
申請者	申請者区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人（申請者欄の記入不要） <input checked="" type="checkbox"/> 対象者の家族（夫）（以下の申請者欄に記入） <input type="checkbox"/> 対象者が18歳未満のため、保護者が申請（以下の申請者欄に記入）				
	ふりがな	いんざい たろう		生年月日	昭和40年 4月 1日	
	氏名	印西 太郎		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
病名等	住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ（記載不要）				
	病名等	乳がん				
	医療機関名	〇〇〇病院				
助成対象経費等	診療科	乳腺外科				
	ウィッグ	購入日	令和7年 4月 1日		購入等費用	申請額
		レンタル期間	年 月 日	~	年 月 日	35,000 円（税込）
	胸部補整具	購入日	令和7年 4月 5日		購入等費用	申請額
				15,000 円（税込）	15,000 円 2万円または購入等費用のいずれか低い額	
振込先	金融機関コード	〇〇〇		支店番号	〇〇〇	
	金融機関名	〇〇 銀行 信用組合 信用金庫・農協		支店名（店名）	〇〇 本店 支店 出張所	
	口座名義人	インザイタロウ		普通口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	

【重要】 本申請書は請求書を兼ねています。そのため、二重線や修正テープ等を含め、記載内容を修正することができません。修正が必要な場合は新しい用紙で書き直してください。