



がん患者の就労や社会参加を応援するため

医療用ウィッグ 乳房補整具の購入費用を助成します



県と市町村では、がん患者の皆様の就労や社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるように、医療用ウィッグ（かつら）・乳房補整具（補整パッド等）の購入経費の一部を助成します。

ご希望の方は、以下をお読みのうえ、お住まいの市町村で申請手続きをしてください。

助成を受けることができる方

助成の対象になるのは、次の項目すべてに該当する方です。

- 山形県内に住所を有する方
- がんと診断され、その治療を受けた又は受けている方
- がん治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、就労や社会参加等に支障がある又は支障が出るおそれがあり、ウィッグ又は乳房補整具が必要となっている方
- 他の法令等に基づく公的助成を受けていない方

助成対象及び助成金額など

助成対象：令和4年4月1日以降に購入したもの

助成金額：購入経費の1/2又は 医療用ウィッグ2万円 のいずれか低い額を助成します。
乳房補整具1万円※市町村により異なる場合があります。

助成制限：医療用ウィッグ・乳房補整具 各1回まで。医療用ウィッグは1個まで。

申請手続き

お住まいの市町村役場健康福祉担当課の窓口へ、必要書類をご提出ください。

ご家族や美容室による代理申請や、状況に応じて、郵便による申請もできます。

全市町村において必要な書類

申請書及び添付書類		本人が申請	未成年の子の代理申請	家族や美容室が代理申請
助成金交付申請書	県のホームページからダウンロードいただけます	○	○	○
脱毛又は乳房切除を伴うがん治療を受けていることを証する書類	診療明細書、お薬手帳、手術同意書、治療方針計画書、医師の診断書など	○	○	○
助成対象物品を購入したことを証する書類	領収書（レシートのみは不可） ◎ 商品を複数購入している場合は、個々の代金（送料や代引手数料がある場合はその料金額も）と消費税額がわかるもの	○	○	○
委任状	県のホームページからダウンロードいただけます	—	—	○
本人確認書類	運転免許証の写し又は医療保険証の写し	○ 本人分	○ 親権者分	○ 代理人分

この他に、市町村によって、追加で必要な書類等があります（申請窓口及びお問い合わせ先等参照）。申請前にご確認いただき、不明な点はお住まいの市町村役場にお問い合わせください。

申請のQ&A

Q1 「乳房補整具」はどのようなものが助成の対象となるのですか。

A1 原則として胸部補整パッド、人工乳房又は補整機能付きの下着（※）が対象となります。ただし、補整パッド又は人工乳房を固定するために購入した補整機能のない下着の場合、下着だけでは助成対象となりません。補整パッド又は人工乳房と共に助成申請していただく必要があります（購入日は別日でも構いません。）。

（※）補整パッドと下着が一体になった下着。ブラジャー、キャミソール等の形状は問いません。

Q2 平成28年度に医療用ウィッグの助成を受けたのですが、乳房補整具の助成を受けることは出来ますか。

A2 令和4年4月1日以降に購入された乳房補整具である等の助成条件が揃えば助成を受けることができます。ただし、過去に乳房補整具の助成を受けた方は申請することができません。また、申請できるのは1人1回限りですので、複数購入された際は、まとめて1回で申請してください。

Q3 医療用ウィッグと乳房補整具の両方を申請しようと思います。がん治療を受けていることを証する書類は何か必要ですか。

A3 脱毛の副作用があること、乳房を切除したことの両方がわかる書類をご用意ください。（お薬手帳と手術同意書など）

Q4 インターネット通販で購入した場合も助成対象となりますか。

A4 対象となります。購入したものが、医療用ウィッグ又は乳房補整具であることがわかる領収書（本体価格と消費税額、購入者と販売者がわかるもの）を添付して申請してください。

Q5 複数の補整パッドと下着を購入しました。領収書には合計金額しか記載されていないのですが、大丈夫ですか。

A5 商品を複数購入している場合は、購入したものが全て助成対象となる乳房補整具であるかどうか（助成対象外のものが含まれていないかどうか）分かるような購入一覧表等をもらい直して添付してください。

（令和5年4月1日現在）

申請日 令和5年5月10日

〇〇市町村長 殿

(申請者) 住所

氏名 山形 花子

対象者との関係 本人

電話番号(日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

助成金を申請するものに〇を付けてください。

就労や社会参加等のために購入した(医療用ウィッグ・乳房補整具)の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

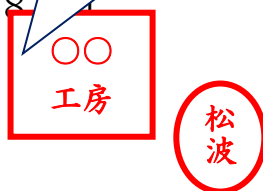
対象者(児)	フリガナ	ヤマガタ ハナコ		性別	生年月日	
	氏名	山形 花子		男・女	昭和 平成	〇年〇月〇日
治療状況	住所	〒990-8570 山形		電話番号(日中連絡がつくもの)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	医療機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 山形 <input type="checkbox"/> 山形 <input type="checkbox"/> 鶴岡		山形市立病院済生館 日本海総合病院		
がん治療を受けていることを証する書類	主治医	〇〇〇〇		治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他()	
	過去の受給の有無	医療用ウィッグ(H26~)	有・無	その他の公的助成金受給の有無	有・無	
ウィッグ	購入したもの		申請金額の算定			
	(購入年月日)	令和4年12月20日	① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。	60,500円		③ 2万円と②を比較して低い方の額
乳房補整具	<input checked="" type="checkbox"/> 補整パッド(下着あり) <input type="checkbox"/> 人工乳房(下着あり) <input checked="" type="checkbox"/> 補整下着		④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。	20,570円		⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額
	「補整下着」は、補整機能のある下着(パッド等を入れる必要のない下着)の場合にのみ該当します。 令和5年4月20日 令和6年1月20日		⑤ ④の1/2の額	10,285円		
			助成金申請金額(③+⑥) ￥ 30,000 円			
振込先	山形銀行 信金 信組 農協		口座番号(左づめ)			
	本店 県庁支店・出張所		金融機関コード			
	預金種別	普通・当座	4桁の金融機関コード(銀行コード) + 3桁の店番号			
口座名義人		(カナ) ヤマガタ ハナコ		(漢字) 山形 花子		

⑨「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ(乳房補整具)購入助成を受けたことがある場合は「有」に〇を付けてください。

⑩「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。

申請時に提出する領収書について

ウィッグ販売店・乳房補整具販売店から領収書を受け取る際は、下記の内容について、記載されているか確認をしてください。インターネット通販の場合も同様です。

領 収 書		記入例
ウィッグ又は乳房補整具使用者本人 (20歳未満は親権者)の氏名	山形 花子 様	附属品等を含まないウィッグ 又は乳房補整具本体の価格で、 税込別がわかるようにしてくだ さい。わからない場合は、購入物 品の内訳がわかる納品書などを 添付してください。
領収金額	55,000円 (内 消費税等 5,000円)	
ただし、乳房補整具代として、領収しました。		
令和5年10月10日	住所 山形市松波二丁目8-1	社判は、あれば押印
代表者の職名・氏名及び 代表者印は必須 (シャチハタは不可)	販売者 ○○工房 店長 松波 美子	

商品を複数購入していて、領収書でその内訳が明記されない場合は、納品書など
購入物品の内訳(内容・数量・単価)がわかるものを添付してください。

納 品 書		納品日：令和5年10月10日		
山形 花子 様		○○工房 山形市松波 2-8-1		
合計金額 55,000円(消費税等5,000円)				
商品コード	品名	数量	単価	金額
	パッド(○○タイプ)	1	23,000	23,000
	□□パッド	2	1,500	3,000
	ブラジャー(ポケット付)	1	7,500	7,500
	ワイヤなしブラジャー	3	5,500	16,500
			合計	50,000

申請窓口及びお問い合わせ先等

市町村名	郵便番号	住所	電話番号	全市町村において必要な書類（1頁目の表）に追加して必要な書類等
山形市健康増進課 (山形市保健所)	990-8580	山形市城南町1-1-1(霞城セントラル4階)	023-616-7272	朱肉用印鑑、助成対象者名義の振込先の通帳(振込先の金融機関、支店名、預金種目、口座名義、口座番号が記入可能の場合、持参不要) 代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類(助成対象者が未成年者で、親権者以外が代理申請する場合は、助成対象者及び親権者並びに代理人の本人確認書類) 振込先の通帳の写し
寒河江市健康増進課	991-0021	寒河江市中央2-2-1(総合福祉保健センター)	0237-85-0973	振込先の通帳の写し、申請書に署名のある場合は押印不要
上山市健康推進課	999-3192	上山市河崎1-1-10(上山市役所)	023-672-1111	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し
村山市保健課	995-8666	村山市中央1-3-6(村山市役所)	0237-55-2111	振込先の通帳の写し
天童市健康課	994-0047	天童市駅西5-2-2(健康センター)	023-652-0884	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
東根市健康推進課	999-3796	東根市中央1-5-1(さくらんぼタントフルセンター)	0237-43-1155	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
尾花沢市健康増進課	999-4292	尾花沢市若葉町1-2-3(尾花沢市役所)	0237-22-1118	振込先の通帳
山辺町保健福祉課	990-0323	山辺町大字大塚836-1(保健福祉センター)	023-667-1177	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
中山町健康福祉課	990-0406	中山町大字柳沢2336-1(保健福祉センター)	023-662-2836	振込先の通帳の写し、申請者本人自署の場合押印不要、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
河北町健康福祉課	999-3511	河北町谷地戊81(河北町役場)	0237-73-5158	振込先の通帳の写し
西川町健康福祉課	990-0702	西川町大字海味543-8(保健センター)	0237-74-5057	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
朝日町健康福祉課	990-1442	朝日町大字宮宿1115(朝日町役場)	0237-67-2116	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
大江町健康福祉課	990-1101	大江町大字左沢882-1(大江町役場)	0237-62-2114	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
大石町保健福祉課	999-4112	大石町町緑町1(大石町役場)	0237-35-2111	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
新庄市健康課	996-8501	新庄市沖の町10-37(新庄市役所)	0233-29-5791	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
金山町健康福祉課	999-5402	金山町大字金山324-1(金山町役場)	0233-29-5624	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
最上町健康福祉課	999-6101	最上町大字向町43-1(健康センター)	0233-43-3117	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し
舟形町健康福祉課	999-4601	舟形町舟形263(舟形町役場)	0233-32-0810	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
真室川町福祉課	999-5312	真室川町大字新町469-1(真室川町総合保健施設)	0233-62-3436	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
大蔵村健康福祉課	996-0212	大蔵村大字清水2528(大蔵村役場)	0233-75-2111	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し
鮭川村健康福祉課	999-5292	鮭川村大字佐渡2003-7(鮭川村役場)	0233-55-2111	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し
戸沢村健康福祉課	999-6401	戸沢村大字古口270(戸沢村役場)	0233-72-2364	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し
米沢市健康課	992-0059	米沢市西大通1-5-60(すこやかセンター)	0238-24-8181	振込先の通帳の写し
長井市健康スポーツ課	993-8601	長井市栄町1-1(長井市役所)	0238-82-8009	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類、請求書(市指定様式)
南陽市すこやか子育て課	999-2292	南陽市三間通436-1(南陽市役所)	0238-40-1693	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
高畠町健康長寿課	992-0351	高畠町大字高畠379-1(げんき館)	0238-52-5045	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
川西町健康子育て課	999-0193	川西町大字上小松977-1(川西町役場)	0238-42-6640	振込先の通帳の写し
小国町健康福祉課	999-1356	小国町大字あけぼの1-1(健康管理センター)	0238-61-1000	振込先の通帳の写し
白鷹町健康福祉課	992-0831	白鷹町大字荒砥甲488(健康福祉センター)	0238-86-0210	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
飯豊町健康福祉課	999-0604	飯豊町大字楮3654-1(健康福祉センター)	0238-86-2338	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
鶴岡市健康課	997-0033	鶴岡市泉町5-30(総合保健福祉センターにこふる)	0235-25-2731	朱肉用印鑑(申請者本人自署の場合不要)、振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
酒田市健康課	998-0036	酒田市船場町2-1-30(市民健康センター)	0234-24-5733	朱肉用印鑑、振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
三川町健康福祉課	997-1301	三川町大字横山字西田85(三川町役場)	0235-35-7032	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
庄内町保健福祉課	999-7781	庄内町余目字町132-1(庄内町役場)	0234-42-0147	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類
遊佐町健康福祉課	999-8301	遊佐町遊佐字南田筋3-1(防災センター)	0234-72-4111	振込先の通帳の写し、代理申請の場合は助成対象者及び代理人の本人確認書類