

ウィッグ・補整具購入等費用助成事業

1. 制度の概要

がんになっても治療を受けながら地域社会で自分らしく生活できるよう、脱毛などのがん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に悩みを抱えている患者さんを支援するため、補整具の購入等にかかる費用の一部を助成します。

2. 対象者

次の全てに該当する方が対象者です。

- (1) 申請日の時点で、八王子市に住民登録がある
- (2) がんと診断され治療を開始する、治療中である、または治療終了後1年以内である
- (3) がん治療に伴う脱毛や乳房切除によりウィッグや胸部補整具を必要とし、購入またはレンタルをした
- (4) 対象者（個人）の市民税所得割課税額が、23万5千円未満である
【申請日が4～6月の場合は、前年度（令和7年度分）の市民税所得割課税額を、7～翌3月の場合は、当該年度（令和8年度分）の市民税所得割課税額を基準とします】
- (5) 他の法令や事業等に基づく同種の助成を受けていない

3. 助成内容

■助成対象品

- (1) ウィッグ等
 - ・ウィッグの装着時に皮膚を保護するために必要なネット及び外形補整用帽子を含む
 - ・材料を購入して作成した場合の材料購入費及び製作に要する費用を含む
 - (2) 胸部補整具（補整下着、シリコンパッド等）
 - ・胸部補整具の着脱に必要な接着剤及び剥離剤を含む
- ※ 1年以内に購入またはレンタルした品が対象です。
※ 申請できるのは、いずれも1点のみです。
※ 保管用ケース類、付属品及びケア用品、送料や代引き手数料は助成対象外です。

■助成金額

購入等経費（消費税及び地方消費税を含む。）の2分の1（上限3万円）

■助成回数

対象者1人につき各1回（各1点。ウィッグ等で1回、胸部補整具で1回の申請ができます）

4. 受付開始日

令和8年（2026年）4月1日（水曜日）

5. 申請期限

申請期限は、助成対象品の購入日（レンタルの場合は、レンタル費用支払日）から1年以内です。

※予算上限に達した時点で受付を終了します。

必要な書類、申請先・問い合わせ先は裏面をごらんください



6. 申請に必要な書類

■各書類には、黒のボールペンで記入してください（消えるボールペンは使えません）。

- ① 助成金交付申請書【所定様式】
- ② 助成対象品の購入またはレンタルを証明する領収書及び内訳書
（購入者名・購入日・購入品名・購入金額・数量等がわかるもの）
※ ②は原本が必要です。
- ③ がんの治療により助成対象品が必要であることを証明する書類
（診療明細書・治療方針計画書など） ※コピー可
- ④ 助成金請求書【所定様式】
※ 押印する印鑑には、スタンプ印は使用できません。
※ 押印は、すべて同じ印鑑をご使用ください（金融機関届出印でなくて結構です）。
※ 押印を省略する場合は、マイナンバーカード等の本人確認書類が必要です。
- ⑤ 支払金口座振替依頼書【所定様式】
- ⑥ 預金通帳の写し等、⑤の振込先口座を確認できる書類 ※コピー可

7. 申請・問い合わせ先

下記の申請窓口に持参、または郵送により申請してください。

八王子市保健所 保健対策課

〒192-0046 八王子市明神町3-19-2 5階

☎042-645-5162

※ご不明点等は、お電話にてお問い合わせください。

この事業は、
「がんとの共生支援事業」です。

