

令和 8 年度弘前市がん患者 医療用補正具購入費助成事業 のご案内

弘前市では、がん患者となった市民の社会参加を応援し、生活の質がより良いものになるよう、医療用ウィッグや胸部補正具の購入費用の一部を助成する事業を実施しています。

助成を受けることができる方は？

助成金の対象となる方は、次の項目すべてに該当する方です。

- ・申請日時点で、弘前市に住民票がある方
- ・現在がん治療を受けている方または過去にがん治療を受けていた方
- ・抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対するため医療用ウィッグを購入した方または乳がん治療による乳房切除に対するために胸部補正具を購入した方

助成対象となる経費は？

助成対象となる経費は、令和 8 年 4 月 1 日から令和 9 年 3 月 31 日までに購入した以下の医療用補正具の購入費用です。また、令和 8 年 4 月 1 日以前に購入されたものでも、購入した日の翌日から起算して 1 年を経過する日までには申請することができます。 ※購入に伴う送料や手数料等は対象外です。

【医療用ウィッグ】 ※自作のための材料費は対象外です。

- ①ウィッグ（装着時に皮膚を保護するための付属のネットを含みます。ネットだけの申請はできません。）
- ②毛髪付き帽子

【胸部補正具】

- ①補正下着（下着自体に補正する機能があるものです。）
- ②乳房の補正パッド（パッドを固定するための付属の下着を含みます。下着だけの申請はできません。）
- ③人工乳房（人工乳房を固定するための付属の下着を含みます。下着だけの申請はできません。）

助成する金額は？

医療用ウィッグ及び胸部補正具とも、30,000円を上限として、購入費用の 1/2（100円未満の端数は切り捨て）を助成します。

例 1：購入費用が 20,300円の場合→購入費用の 1/2 および 100円未満の端数を切り捨てた 10,100円を助成します。

例 2：購入費用が 80,000円の場合→購入費用の 1/2 が 40,000円ですので、上限額の 30,000円を助成します。

※助成回数は、助成対象者一人につき、医療用ウィッグは 1 回、胸部補正具は左右各 1 回です。

申請方法は？

下記書類をそろえて、市健康増進課（下記参照）窓口にお越しください。

- ・ 交付申請書（記入例参照）
- ・ がん治療を証明する書類（写し）
- ・ 医療用補正具を購入したことがわかり、申請者を宛名とした領収書（原本）
- ・ 助成申請者本人であることが確認できる身分証明書（写し）
（運転免許証、マイナンバーカード等。患者ご本人が未成年の場合は、その保護者のもの）
- ・ 助成金の振込先口座の預金通帳またはキャッシュカード（写し）

申請上の注意点について

〈領収書について〉

- ①明細書、納品書、クレジットカードの利用明細等での代用はできません。
- ②領収書には次の内容が記載されている必要がございます。
 - ・ 宛名（患者ご本人の氏名をフルネームで。患者ご本人が未成年の場合は、その保護者名のもの）
 - ・ 購入品目名（ウィッグ代などの具体的な購入品目の記載が必要）
 - ・ 購入金額
 - ・ 購入日付（申請日より1年以上前に購入したものは申請不可）



領 収 書
〇〇年〇〇月〇〇日
〇〇 〇〇 様
金額 △△△△△ 円
上記正に領収いたしました。
但し、ウィッグ代として
株式会社〇〇〇



領 収 書
〇〇年〇〇月〇〇日
金額 △△△△△ 円
上記正に領収いたしました。
株式会社〇〇〇

〈がん治療を証明する書類について〉

- ①書類には患者ご本人の氏名が記載されている必要がございます。
- ②がん治療に伴う医療用補正具の必要性について、以下の様な記述が必要です。
 - ・ 診断書や治療方針計画書等の場合は、治療により脱毛又は乳房切除の副作用が生じることについての医師の意見が記載されていること。

治療方針計画書 (例)

氏名 〇〇 〇〇 様

1. 病名 胃がん

2. 治療内容 抗がん剤の投与等

3. 治療に伴う副作用

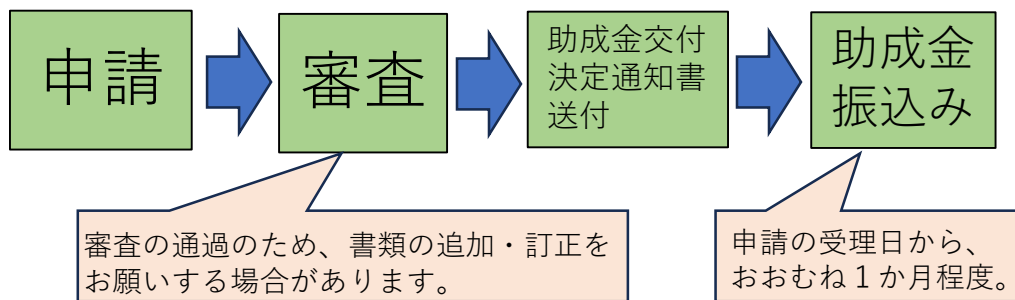
- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|
| ☐ 食欲低下 | ☐ 吐き気・嘔吐 | ☐ 便秘 | ☐ 下痢 |
| ☐ 倦怠感 | ☐ 手足のしびれ | ☒ 脱毛 | ☐ むくみ |
| ☐ 高血圧 | ☐ アレルギー | ☐ 発熱 | |
| ... | | | |

- ・診療明細書等の場合は、脱毛の副作用が生じることが見込まれる薬剤名等が記載されていること。

診療明細書		(例)		〇年〇月〇日	
氏名 〇〇 〇〇 様					
区分	項目名	点数	回数	金額	
入院料 医学管理料等	薬剤管理指導料				
	〇〇注射液	350	1	〇〇〇円	
	〇〇点滴静注液	450	1	〇〇〇円	

脱毛の副作用の有無について、判断が困難な場合は、市から医療機関に確認することがあります。

申請後の流れについて



申請先・お問い合わせ先

〒036-8711

弘前市大字野田二丁目7番地1 弘前市保健センター1階

弘前市健康増進課

電話0172-37-3750

FAX0172-37-7749