

令和 7 年度 川口市アピアランス支援事業のご案内

がん治療による外見の変化に悩まれるかたへ

皆さまが自分らしく日常生活を送れるよう、がん治療による外見の変化に対応する補整具(ウィッグ又は胸部補整具)の購入費の一部を助成します。

1 助成対象者

次のいずれにも該当するかた

- ・ 申請日時点で、川口市に住民票があるかた
- ・ がんと診断されたために治療方針計画書等が交付されており、治療を予定している、現に受けている又は過去に受けたかた
- ・ がん治療に起因する頭部の脱毛又は乳房の変形に伴い、補整具を購入したかた
- ・ 助成を受けようとする補整具について、過去に本市又は他の地方公共団体から、同種の助成を受けたことがないかた

2 助成対象品目

ウ イ ッ グ	がん治療に伴う頭部の脱毛に対応するために一時的に着用するウィッグ(装着時に皮膚を保護するネット及び毛付き帽子を含む。)
胸 部 補 整 具	がんの外科的治療による乳房の変形に対応するための補整下着、補整パッド、人工乳房(乳房再建術等により体内に埋め込まれたものを除く。)又は人工ニップル

3 助成の額及び回数

助成対象品目ごとに、上限20,000円、それぞれ1回限り

注) ・助成対象補整具の経費は、消費税及び地方消費税を含めた額です。

- ・ 本体価格に含まれない付属品、ケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)、購入のために要した交通費、送料、カット代、セット代等及びクーポン・ポイント支払い等による割引分は、助成対象補整具の経費の対象外です。
- ・ 上限額に達するまで複数併せて申請することができます。
- ・ 上限額を上回る費用については申請者の負担になります。

4 申請期限

補整具を購入した日の翌月1日から起算して6か月以内(郵送の場合は必着)

- 注) ・申請期限を過ぎた場合は、いかなる理由であっても受付できません。書類不備がある場合も受付できませんので、余裕をもってご申請ください。
- ・ 申請期限を変更しました。経過措置として、令和7年9月30日までの申請分については、補整具を購入した日の翌日から起算して1年とします。

5 提出書類

- ・ 川口市アピアランス支援事業助成金交付申請書及び請求書
- ・ がん治療(手術、薬物療法、放射線療法等)を予定している、現に受けている、又は受けたことが確認できる書類の写し

(例)薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等

※がん治療に伴う頭部の脱毛若しくは外科的治療による乳房の変形又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類であって、対象者の氏名及び医療機関等が記載されているもの。

- ・ 補整具の購入に係る領収書原本(申請者又は対象者の氏名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの)
- ・ 振込を希望する銀行口座(原則申請者)の金融機関、店番号、口座番号、口座名義が記載された書類の写し(通帳やキャッシュカード、金融機関のアプリのマイページ等の該当箇所)

6 申請方法

申請書類を揃えて健康増進課給付係(下記参照)あてに、郵送またはご持参ください。

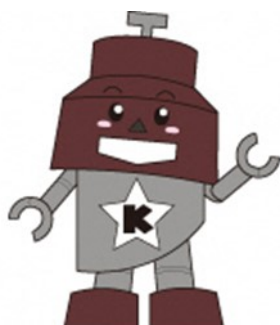
7 助成金支給を受けるまでの流れ

申請された書類は審査の上、約1か月で「交付決定通知書」もしくは「不交付決定通知書」を郵送します。届きましたら、必ずご確認ください。

8 その他

虚偽の申請その他不正な手段により、助成金の交付を受けた場合は、交付した助成金の全部又は一部を返還していただきます。

申請書類はホームページからダウンロードできます。



川口市ホームページ



【問い合わせ・申請先】

〒332-0026

川口市南町1-9-20(地域保健センター内)

川口市保健所健康増進課給付係

電話 048-256-1135