

がん患者の方へ



(令和6年4月1日から)

薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業

医療用ウィッグ・乳房補整具の購入費用を助成します

1 対象者

以下の①～③の全てに該当する方

- ① 申請時において薩摩川内市に住民票を有する方
- ② がんと診断され、がんの治療を受けた又は現在受けている方
- ③ 過去に本市または鹿児島県内の他市町村が実施する同様の助成等を受けたことがない方

2 助成対象品・助成額

区分	助成対象品	助成上限額
医療用ウィッグ	医療用ウィッグ 皮膚を保護するためのネット ※ケア用品・付属品・証明書料などは対象外	2万円
乳房補整具	補整下着、補整パッド 専用入浴着、人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）	1万円

対象経費（税込み）又は助成上限額のいずれか低い額を助成します。

ただし、100円未満の端数については切り捨てとなります。

※助成回数は、1人につき、区分ごとに1回限りとします。

3 申請期限

助成対象品購入日（領収書に記載の日）から1年以内。

（乳房補整具については、令和6年4月1日以降に購入したものが対象となります）

4 申請に必要なもの



① 申請書

薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書
※市民健康課（川内保健センター）に備え付けてあるほか、市のホームページや右上のQRコードからダウンロードできます。

② 治療を証明する書類

治療内容を証明する診療明細書、治療方針計画書等の写し

③ 領収書（原本）

助成対象者氏名、購入日、購入金額、品名、金額の内訳、領収書発行者の名称、住所等の記載があるもの

④ 印鑑（シャチハタ不可）、振込先の口座が確認できるもの

いずれも助成対象者本人のもの

5 申請から助成までの流れ

- ① 医療用ウィッグや乳房補整具の購入：
必ず領収書を受け取り、保管してください。
- ② 申請手続き：「申請に必要な書類」を提出
- ③ 書類審査：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。
- ④ 交付決定通知：審査の結果、助成が適当と認められる場合には決定通知書を送付します。
- ⑤ 請求書の提出
- ⑥ 助成金の支払い：指定された金融機関口座に助成金を振り込みます。

6 問合せ・申請先

〒895-8790 薩摩川内市西開聞町6番10号（川内保健センター）
薩摩川内市 保健福祉部 市民健康課 健康増進第1グループ
〈電話〉 0996-22-8811

