

ウィッグ購入費助成事業のご案内



湧水町では、がん患者さんの心理的・経済的な負担をやわらげ、社会参加を応援し、より良い療養生活になるように、ウィッグ購入費用の一部を助成します。

助成内容

対象者

次の①②を満たす方

- ① 申請日時点で湧水町に住所を有する方
- ② がんと診断され、がんの治療（薬物治療、放射線、手術等）による脱毛等に対応するためのウィッグが必要な方

対象

令和5年4月1日以降に購入した医療用ウィッグ
（装着に必要な頭皮保護用のネットを含む）

※注1：年度内に購入したものが対象です。

※注2：全頭用に限りません。

※注3：下記の経費は助成の対象外です。



- ・付属品及びケア用品
（クリーナー、ブラシ、シャンプー、スタンド、保管する容器や袋）
- ・購入のために要した郵送費、交通費、申請に必要な証明書等にかかる費用
- ・サイズ調整やカット代、セット代、ポイントやクーポンにかかる値引き分

助成金額

上限20,000円（お一人につき1回限り）

申請期限

対象となる医療用ウィッグの購入日の属する年度内（3月31日）まで
※やむを得ない事情で期限内に申請できない場合は、健康増進課までご連絡ください。

申請の流れ

① 必要書類を準備
（詳細は裏面をご確認ください）

② 健康増進課に提出

③ 町が審査し決定通知を送付

④ 申請者の口座へお振込み





必要書類

NO	書類名	内容・注意点
1	交付申請書	町が定める様式(ホームページから印刷できます)
2	がん治療を証明する書類	がんと診断され、がん治療を受けた又は現在受けていることを証明する書類 (診療明細書、治療の同意書、治療方針計画書など)
3	領収書原本	ウィッグを購入した際の領収書 ▼①～⑤全てが記載されて支払い済であることがわかればレシートでも可 ① 対象者の氏名 ② 購入年月日 ③ 品名(全頭用ウィッグ 型番〇〇など) ④ 購入金額の明細 ⑤ 領収書発行元の名称及び住所
4	申請者本人名義の通帳	助成金の振込みを希望する金融機関の通帳
5	請求書	町が定める様式(ホームページから印刷できます)



【申請・お問合せ】

湧水町役場 健康増進課

☎ 0995-74-3111(内線 2102・2109)

