

文京区

自分らしい毎日を、
応援しています。

がん患者等 アピアランスケア支援事業

(旧事業名 文京区がん患者ウィッグ購入等費用助成事業)

がん等の治療や傷病に伴う外見の変化に悩む方の経済的・心理的な負担を軽減し、療養生活の質の向上及び社会参加等を支援するため、外見ケア(アピアランスケア)に必要な経費の一部を助成します。

助成対象者 (以下のすべてに該当する方)



申請日の時点で文京区に住民登録のある方



がん等の治療や傷病に伴い外見ケア用品(アピアランスケア目的の補整具等)が必要な方
(ただし、加齢による脱毛、男性型・女性型脱毛症、手術により頭髪を剃る場合は除く)



本事業において、助成金の交付が2回未満の方

助成対象経費 (購入及びリース・レンタル等から1年以内の商品の経費が対象)



ウィッグ

(装着用ネット及びクリップを含む)



帽子

(医療用帽子、毛付き帽子等)



胸部補整下着

(補整パッドを含む)
※術後の傷の保護目的のみのものは対象外



エピテーゼ

(乳房、乳頭、鼻、耳、眼窩等、体表に取り付ける人工補整物)
※再建術等により体内に埋め込まれたものは対象外



弾性着衣

(原則、着圧30mmHg以上のもの 医師の特別の指示がある場合は20mmHg以上のもの)
※保険適用(治療用装具療養費支給)分を除く



頭皮冷却用キャップ・冷却用グローブ・ソックス

(医師の指示の下、使用するもの)
※冷却装置使用料等は対象外



つけ眉毛

以下の経費は対象外

治療(施術)費、医薬品、メイク用品(アイブロウペンシル、つけまつ毛、マニキュア等)及びアートメイク、補整具等の装着や保管及び手入れ等に使用する用品や消耗品(エピテーゼの接着剤や剥離剤、スプレー、スタンド、ブラシ、パッドカバー等)、一般的な下着、ウィッグのカットやカラー等の経費、再建術等によって体内に埋め込まれたもの、頭皮冷却療法の冷却装置使用料や手入れ等に使用する用品や消耗品(クリーム等)、送料、ポイント等利用分、他自治体で同種の助成を受けた商品、治療用装具療養費や補装具費支給制度等の他制度対象の種目等

助成金額

助成対象経費の合計金額のうち
1回の申請当たり

上限額10万円

※合計金額が10万円未満の場合はその額
(100円未満切捨て)

1回の申請で、複数の対象品を合算可

助成回数

1人当たり

生涯2回まで

(令和2年度から実施している
旧事業名による助成を受けた
ものを含む)



申請期限

助成対象品を購入、レンタル、リース、
定額利用した日から

1年以内

(複数品を合算して1回分として
申請する場合は、最も古い購入
等の日から1年以内)





申請に必要な書類

※すべての書類に**助成対象者の氏名**が記載されていること

必要書類	注意事項など
①文京区がん患者等アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼口座振替依頼書 (指定様式)	区ホームページよりダウンロード可 健康推進課窓口でも配布 ※鉛筆、消せるボールペン、修正液の使用は不可 区ホームページから電子申請も可  ホームページはこちらから
②外見の変化が、がん等の治療または傷病に伴うものであることを証する書類の写し ※右記を参照し、申請する品目に応じた必要書類（診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳、診断書等）を提出 ※お持ちの書類で外見ケアが必要であることを証することができない場合は、意見書(指定様式)を提出(ただし意見書作成にかかる費用は助成対象外)	ウィッグ、帽子、つけ眉毛の場合  治療に伴う脱毛の場合 脱毛の副作用がある薬剤名(抗がん剤名等)や頭部への放射線照射等の記載がある書類の写し 傷病に伴う脱毛の場合 脱毛の原因となった傷病がわかる書類の写し
	胸部補整下着、人工乳房、人工乳頭の場合  手術療法により乳房を切除したことが記載されている書類の写し
	エピテーゼ※¹の場合(人工乳房以外)  エピテーゼを使用する身体の部位の欠損の原因となった傷病や手術療法により治療が必要な部位を切除したことがわかる書類の写し
	弾性着衣※²の場合  リンパ浮腫の原因となる傷病またはリンパ節切除や放射線療法等を受けたことがわかる書類の写し
	頭皮冷却用キャップ※³冷却用グローブ・ソックスの場合  脱毛や爪の変化等の副作用がある薬剤名(抗がん剤名等)の記載がある書類の写し
③補整具等を購入等した領収書の写し (支払金額及びその明細が分かる書類) ※領収書のみで右記を証することができない場合、内訳書、明細書、納品書等を併せての提出も可	助成対象者の氏名、購入日(レンタル、リース、定額利用の場合はその利用開始日)、購入等品目、購入点数、購入等金額及びその明細、領収書発行者名称及びその住所が記載されている領収書 
④振込先口座が確認できる書類の写し	銀行名、口座名義、口座番号が確認できる書類の写し(通帳等) ※振込先は助成対象者の口座に限る(未成年の場合を除く) 
【該当する方のみ】 申請者が助成対象者の保護者であることが確認できる書類の写し	助成対象者が未成年者の場合は、保護者が申請可 申請者が保護者であることが確認できる書類の写し(母子手帳、住民票、戸籍抄本等)

※ 1 エピテーゼとは、治療や傷病により欠損した部位を補完するために体表に取り付ける人工補整物で、乳房・乳頭・鼻・耳・眼窩等があります。なお、義肢(義手・義足)は、障害者総合支援法の補装具費支給制度、義眼は同制度または健康保険の治療用装具療養費の支給対象です。

※ 2 弾性着衣は、健康保険での治療用装具療養費の支給対象を超えた場合等にご利用ください。

※ 3 医師の指示の下、使用するものが助成対象です。頭皮冷却装置使用料や処置前後に使用するケア用品の経費は助成対象外です。

申請方法

申請手続き	
電子申請の場合	下記のURLまたは右のQRコードから 必要事項を入力及び必要書類の写真を添付して申請 https://logoform.jp/form/6KSu/1427088   電子申請フォーム
持参・郵送の場合	申請書に必要事項を記入し、必要書類を添えて下記に提出 ※郵送の場合、普通郵便でも受付可能ですが、簡易書留や特定記録郵便等をお勧めします。 〒112-8555文京区春日1-16-21 文京区 保健衛生部 健康推進課 福祉保健政策推進担当 (文京シビックセンター 8 階南) 

申請後の流れ

 審査	区が申請書等の書類を確認 ※内容の確認等のため電話連絡や書類の追加提出をお願いする場合があります。 ご了承ください。 ※書類の追加提出が必要な場合は、下記のURL または 右のQRコードの追加提出用 フォームを活用ください。 https://logoform.jp/form/6KSu/356490  追加提出用 フォーム
 交付決定通知	審査終了後、区より申請者へ「助成金交付決定通知書」を送付
 助成金の支払	区より指定された口座に助成金を振込 ※助成金交付決定通知発行日より 1 ～ 2 か月程度かかります。

よくある質問

※区ホームページにも「よくある質問Q&A」を掲載しています。ご参照ください。

質 問	回 答
手術を受けたのは数年前になりますが、対象になりますか。	治療した日は問いませんが、外見ケアが必要な部位の手術療法を受けたことがわかる書類が必要です。また、申請日から 1 年以内に購入等した経費が対象となります。 (例：2026年3月8日に購入した経費は、2027年3月7日までに申請をお願いします。)
同時に2回分を申請してもよいですか。	申請できますが、1つの商品を2回分として申請することはできません。 (例：18万円のウィッグ1点を、1回目10万円、2回目8万円として申請することは不可) お手数ですが、1回の申請毎に申請書1枚ずつ(電子申請は、1回の申請毎に1回ずつ入力)が必要です。また、2枚目の記入(2回目の入力)の際、助成歴ありに☑をしてください。 また、10万円未満/回の助成金の交付を受けた場合、後日10万円との差額分の助成を受けることはできませんのでご注意ください。
インターネットや病院内のコンビニエンスストアで購入して領収書がない場合はどうしたらよいですか。	まずは、購入店に領収書の発行をご確認ください。それが難しい場合は、領収書に代わるものとして、支払いをしたことがわかるもの(クレジットカードの支払明細等)で、助成対象者の氏名、購入日、金額、購入点数、購入品目、購入店名の記載がある書類を提出してください。
レンタルを使用しており、毎月の使用料を支払っています。この場合はどうしたらよいですか。	1商品のレンタルに要した費用の領収書をまとめて1回分として申請してください。その際、レンタル開始日の翌日から起算して1年以内の経費が対象となります。初期費用や各月のレンタル料の内訳がわかるものもご提出ください。なお、同一商品のレンタル料のみを2回目として申請することはできません。 (例：商品Aの初期費用と1～6月分のレンタル料を1回目として申請することは可だが、同一商品の7～12月分のレンタル料を2回目として申請することは不可)

購入等領収書の例

なるほど

②助成対象者の氏名(フルネーム)

※住民登録上の氏名と確認するため、住民登録と同じ表記で記載してください。

①購入年月日

例 1

領 収 書

文京 花子 様

●年 ●月 ●日

¥ 65,000 -

③購入品目、購入金額及びその明細

助成対象外の商品が含まれていないことが確認できるように「ウィッグ1点」のように明細が必要

※別途、内訳書、明細書、納品書等の添付も可

但し、ウィッグ1点の購入代金として
上記正に領収いたしました。

〇〇ショップ

住所：〇〇区△△1-2-3 代表者：〇〇 ××

④領収書発行者名

例 2

〇〇ショップ

〇〇区△△1-2-3 TEL:03-0000-0000

20××年●月●日(月) 11:00 No.1010

No.10000△△

④領収書発行者名

③購入品目、購入金額及びその明細

領 収 書

文京花子 様

領収金額

¥ 107,280 -

②助成対象者のフルネーム

(税 ¥ 10,728)
(10%対象 ¥107,820)
内消費税 ¥ 10,728

但し) 医療用ウィッグ代として

上記正に領収いたしました。

【金額明細の例】

20××年●月●日(月) 11:00 No.1010

No.10000△△

人毛100%	医療用ウィッグ	¥102,000
カット		¥1,700
医療用帽子		¥3,000
ウィッグ専用スタンド		¥580

小計 ¥107,280

合計 ¥107,280

内消費税 (¥10,728)

(10%対象 ¥107,820)

内消費税 ¥10,728

担当者印



領収書では「但し医療用ウィッグ代として」となっており、明細が分からない場合は、別途明細の記載がある書類を添付してください。

「ウィッグ代として」のみでは明細が分からないため、不可

区ホームページで、事業の詳細・申請方法・申請書のダウンロード・電子申請等をお知らせしています。

文京区 がん患者支援



区ホームページ

問い合わせ先

文京区 保健衛生部 健康推進課 福祉保健政策推進担当

TEL: 03-5803-1231

文京区

印刷物番号: G0226008