

～がん患者の方の社会生活、療養生活を支援します～

ウィッグや胸部補整具などの 購入費用助成のご案内

台東区では、がんの治療に伴う外見の変化に悩みを抱えている方に対して、社会生活・療養生活を送る上で生じる課題を乗り越えることを支援するため、ウィッグ及び胸部補整具の購入(レンタル)に要する経費の一部を助成します。

助成対象者

- ・申請時において、台東区の住民登録がある方
- ・がんと診断され、その治療を行っている方、又は過去にその治療を行った方
- ・がんの治療に伴い、脱毛や乳房の切除などにより、ウィッグや胸部補整具等が必要である方
- ・他の法令、事業に基づく同種の助成等を受けていない方

助成対象品

- ウィッグ(装着時に必要なネットを含む)
- 毛付き帽子
- 医療用帽子
- 補整下着(補整用パッドを含む)
- 人工乳房
- 弾性着衣

必要書類

- ① 台東区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付申請書
- ② がんの治療を受けていることを証明する書類の写し
治療計画書、診療明細書、おくすり手帳など
《ウィッグの場合》脱毛の副作用がある化学療法や放射線療法などを受けたことが分かる書類
《胸部補整具の場合》乳房切除などの手術をしたことが分かる書類
《弾性着衣の場合》リンパ浮腫の原因となるリンパ節切除や放射線療法などを受けたことが分かる書類
- ③ 購入(レンタル)の明細がわかる書類(領収書等)原本
※その他、区で必要と認める書類を提出していただく場合があります

助成内容

金額：1個あたり**10万円**上限
回数：1人あたり計**2回**(生涯で)

申請制限：1回あたり**1個**



申請期限

- ・購入(レンタル)の日(領収書に記載の日付)の翌日から1年以内

問い合わせ・申請先

担当 台東保健所保健サービス課母子成人保健担当(台東保健所2F)
〒110-0015 台東区東上野4-22-8
☎03-3847-9481

必要書類を揃えて担当宛に郵送、若しくは窓口へ提出



ホームページは
こちらから↑

領収書 見本

※必ず原本を提出して下さい。写し(コピー)は不可です。

①申請者のフルネームが必要です。
※苗字のみは不可

②申請期限は、
この日の翌日から1年以内です。

③購入やレンタル等した商品が、助成対象品であることが分かる記載が必要です。

④金額が5万円以上の場合、収入印紙が必要です。
※クレジットカード払いの場合は、収入印紙は不要ですが、その旨の記載が必要です。

⑤領収書発行者の名称・住所

領 収 書

② 令和7年4月1日

① 台東 太郎 様

③ ¥ 1 2 7 , 0 0 0 -

④ 但、ウィッグ購入代金として上記正に領収いたしました。

株式会社〇〇〇〇

⑤ ◇◇◇区△△△町1-2-3
代表取締役 ×× × **印**

収 入
印 紙

割印

領収書には次の項目すべての記載が必要となります。(様式は問いません)

- ① 宛名(フルネーム) ②購入(レンタル)の日 ③購入金額
- ④ 商品の内容または内訳(対象外のものが含まれている場合は、明細内訳を別途添付してください)
- ⑤ 領収書発行者の名称及び住所

✔申請前に確認チェック 必要な書類が揃っているかどうか、確認をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	申請書は、記入例を見て作成しましたか。	
2	申請書に訂正がある場合は、訂正印が必要になります。 ただし、金額は訂正印で訂正することができません。 お手数ですが、新しく書き直しをお願いします。	
3	がんの治療を受けていることを証明する書類は添付しましたか。 ポイント👉 ・対象者のお名前と添付資料は同じ方ですか。 ・がんの治療により脱毛、胸部切除などの手術をしたことが分かりますか。	
4	購入(レンタル)した金額が分かる書類は、原本を提出してください。 詳しくは領収書見本をご覧ください。	
5	購入(レンタル)の日は、申請日から1年以内ですか。 申請日：令和7年4月5日、購入日：令和6年12月1日→○ 申請日：令和7年4月5日、購入日：令和6年1月15日→×	
6	窓口で申請される場合は、本人確認書類をご持参ください。	