



# ウィッグ・乳房補整具 購入費助成制度のご案内

- 令和6年度がん患者アピアランスケア支援事業 -

がん罹患された方の治療と社会参加等の両立を支援するため、がん治療によるアピアランス（外見）の変貌を補完する補整具（ウィッグや乳房補整具）の購入費用の一部を助成します。

## ① 助成対象者（全て満たしている方が対象となります。詳細については市ホームページでご確認ください。）

- 申請時に沖縄市内に住所を有していること
- がんの治療中または過去に治療を受けていた者で脱毛や乳房切除による外見変貌を補完する補整具を必要としている方
- 申請を行う補整具に対して、他の助成等を受けていないこと
- 過去に沖縄県内のがん患者アピアランスケア支援事業の助成金の交付を受けていないこと
- 暴力団または暴力団員でないこと、またはこれらに関わっていないこと

## ② 助成対象補整具・助成金額

頭髮補整具（ウィッグ）	対象者1人につき、各品目 <b>上限2万円</b> まで補助
乳房補整具（左側）	
乳房補整具（右側）	

※交付予定額に到達次第終了となります。ご了承ください。

※令和6年度は令和6年4月1日以降に購入された品目が対象となります。



## ③ 助成回数

一人につき、頭髮補整具、乳房補整具（左右乳房毎）それぞれ1回限り

\* 助成上限額に満たない申請でも一人1回限り

## ④ 申請期間

**令和6年6月3日～令和7年2月28日**

## ⑤ 申請時にご用意いただく書類

- 沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書（様式第1号）
- 暴力団等に該当しない旨の誓約書（様式第2号）
- がん治療をしている（又はしていた）ことが分かる書類【治療計画書の写し、診療明細書の写し等】
- 対象補整具を購入した際の領収書の原本
  - \* 宛名・購入日・品目・金額の記載がされていること。
  - \* 乳房補整具を購入の際は「右側」または「左側」の記載がされていること。
- 現住所と生年月日が分かる書類【マイナンバー記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等】
- 振込を希望する金融機関の通帳の写し【金融機関名・支店名・口座番号・口座名義がわかるもの】

様式は市のHPからダウンロードしていただくか、市民健康課窓口にてお渡しいたします。

申請の流れなどの詳細は  
沖縄市ホームページを  
ご確認ください▶▶



### 【お問い合わせ先】

沖縄市役所 健康福祉部 市民健康課 健康推進係  
〒904-8501 沖縄県沖縄市仲宗根町26番1号  
TEL: 098-939-1212 (内線番号 2241・2242)