



# ウィッグ・乳房補整具 購入費助成制度のご案内

- 令和 8 年度がん患者アピランスケア助成事業 -

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た方で、がん治療による外見の変化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
- 申請を行う補整具に対して、過去に沖縄県内の市町村からがん患者アピ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）	



## ③ 助成回数

頭髮補整具、乳房補整具（左側）、乳房補整具（右側）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

購入した時期によって申請可能な期間が異なりますので必ずご確認ください。  
また、交付予定額に到達次第受付終了となります。ご了承ください。

購入時期	申請可能な期間
令和 8 年 1 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日	購入日の翌日から起算して <b>90 日を経過した日まで</b> <b>令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 2 月 26 日</b>
令和 8 年 4 月 1 日以降	※ただし、令和 8 年 12 月末までに購入した補整具については <b>令和 9 年 1 月 29 日まで</b> に申請をお願いいたします。

## ⑤ 申請時にご用意いただく書類

- 沖縄市がん患者アピ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）ことが分かる書類の写し  
【抗がん剤名が記載された診療明細書や医療行為にかかる同意書の写し、入院計画書の写しなど】  
（\* 抗がん剤治療や化学療法等に伴う脱毛、手術等による乳房切除またはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類の提出が必要です。）
- 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。
  - ・乳房補整具については「右側」または「左側」の別が備考欄等に記載がされていること。
- 現住所と生年月日が分かる書類 【運転免許証の写しなど】
- 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・カナ名義がわかるもの】

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 2 6 番 1 号  
TEL : 098-939-1212 (内線番号 2241)  
メール : a47kenko@city.okinawa.lg.jp