

山口県アピアランスケア推進事業助成金について

(ウィッグ等の購入費の助成制度)

山口県では、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に対するケアを通じ、社会参加を支援し、がん患者の QOL 向上を図るため、がん治療により脱毛した場合のウィッグや、乳房切除された場合の補整下着等の購入費を助成します。

1 助成額

ウィッグや補整下着等の購入費の 2 分の 1
(3 万円を上限とし、1 千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額)

2 対象となる補整具

- 全頭かつら（装着に必要な頭皮保護用のネットを含む。）
- ケア帽子（医療用帽子）
- 胸部補整具（補整下着、エピテーゼ等）
- 乳がん用バスタイムカバー（温泉入浴着）

3 助成を受けることができる者

次の項目すべてに該当する者（本人又は同一世帯の者）です。

- 山口県内に住所を有している。
- がん治療に伴う脱毛や、乳房切除により、ウィッグや乳房補整具等を必要としている。
- 世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が 23 万 5 千円未満である。
- 申請する補整具は、平成 31 年 4 月 1 日以降に購入している。
- 申請する補整具の購入に対して他の助成を受けていない。
- 過去に山口県アピアランスケア推進事業助成金交付要綱による助成金交付を受けていない。
- 県内医療機関のがん相談支援センター（5 参照）でがん相談支援を受けている。

4 助成金の交付の流れ

① 交付申請書兼実績報告書を県に提出（郵送又は持参）

↓

② 県が受けた日の属する月の翌月末までに交付決定及び交付額確定
(申請者、対象がん患者の住所地の市町長及び相談支援を行った医療機関の長に通知)

↓

③ 交付額を確定した日から 30 日以内に、申請者の口座に助成金を振込

※ご注意ください

交付決定後、申請された内容が事実と異なることや、助成金交付の要件を満たさないことが明らかになった場合は、交付決定を取り消し、交付した助成金を返還していただきます。

《申請書記載例》

別記様式

山口県アピランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山口県知事 様

(申請者)

(〒 ○○○ - ○○○○)

住 所 山口県○○市○○××-××

氏 名 山口 太郎

電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

山口県アピランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

1 対象がん患者	氏 名	山口 太郎	
	住 所	山口県○○市○○××-××	
	生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)	
2 対象経費	購入費用	75,600円	
	購入日	令和 ○ 年 5 月 1 日	
3 交付申請額	30,000円		
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯員全員の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満である <input checked="" type="checkbox"/> 申請に係る補整具の購入に対して、他の助成を受けてない <input checked="" type="checkbox"/> がん相談支援を受けている 相談医療機関名：○○病院 直近の相談日：令和 ○ 年 4 月 1 日		
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の写しなど対象補整具を購入したことが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類		
6 振込先	金融機関名	○○ (銀行・金庫・組合) (その他：)	×× (支店・支所・出張所) (その他：)
	口座種別	1.普通 2.当座	
	口座番号	1 2 3 4 5 6	
	(フリガナ) 口座名義	ヤマグチ タロウ 山口 太郎	

申請書の記入日

申請者は、『対象がん患者本人』または『同一世帯の者』となります。

押印は不要ですが、押印がない場合、意思表示の確認のため電話等で問い合わせをすることがあります。

申請する補整具の本体価格(消費税を含む)を記載してください。

領収書等の日付を記載してください。

購入費の2分の1の額を記載してください。(上限3万円)

相談された、医療機関名(5参照)と相談日を記載してください。

申請者名義の口座を記載してください。

Q&A

1 対象となる補整具について

質問	回答
対象となるウィッグは、医療用ウィッグに限られますか。	医療用かどうかに関わらず、全頭用ウィッグであれば、対象となります。
市町等でウィッグの購入助成を受けた場合でも、対象となりますか。	すでに市町等で助成を受けた補整具とは別に購入した補整具であれば、補助対象となります。
本助成金を受けた後、市町等の助成を申請できますか。	本助成を受けた補整具の購入について、市町等の助成を受けた場合は、本助成交付決定を取り消し、交付した助成金を返還していただきます。

2 助成を受けられる回数・台数について

質問	回答
対象となるウィッグ、又は補整下着等は1人1つですか。	購入される個数は問いません。複数購入されたものをまとめて申請することは可能です。 ただし、本助成金の申請は1人1回に限られます。
異なるがんにかかった場合や、再発・転移した場合には再度の申請をすることは可能ですか。	再度の申請はできません。 申請は1人1回に限られます。
治療を受けた日が3年前ですが、対象となりますか。	治療を受けられた日は問いません。前年度以前に治療を受けられた方も対象となります。

3 提出書類について

質問	回答
がん治療を行っていることを確認する書類には、どのようなものがありますか。	診療明細書その他、治療方針計画書やがん治療に関する投薬記録（お薬手帳）などが考えられます。

4 助成額の算定について

質問	回答
補整具を通信販売や遠隔地の店舗で購入した場合、送料や代金決済の手数料は対象となりますか。	補整具本体価格（消費税を含む）以外は対象外となります。

5 相談医療機関（がん相談支援センター）

患者さんや家族、あるいは地域の方々にごんに関する情報を提供したり、相談にお応えしています。がん専門相談員としての研修を受けたスタッフが、信頼できる情報に基づいて、がんの治療や療養生活全般の質問や相談をお受けしています。

センターが設置されている病院で診療を受けていない方もご利用いただけます。相談料は無料です。

医療機関	住所	電話	対応時間・曜日
岩国医療センター がん相談支援センター（地域医療連携室）	岩国市愛宕町 1-1-1	0827-35-5645 (直通)	月曜日から金曜日 8:30~17:00
周東総合病院 がん相談支援センター	柳井市古開作 1000-1	0820-22-3456 (代表)	月曜日から金曜日 8:30~17:00
徳山中央病院 がん相談支援センター	周南市孝田町 1-1	0834-34-8821 (直通)	月曜日から金曜日 8:30~17:15
山口県立総合医療センター がん相談支援センター	防府市大崎 10077	0835-22-5145 (直通)	月曜日から金曜日 8:30~17:15
山口大学医学部附属病院 がん相談支援センター	宇部市南小串 1-1-1	0836-22-2473 (直通)	月曜日から金曜日 9:00~17:00
山口宇部医療センター がん相談支援室	宇部市東岐波 685	0836-58-2100 (直通)	月曜日から金曜日 8:30~17:15
山口県済生会下関総合病院 がん相談支援センター	下関市安岡町 8-5-1	083-262-2300 (代表)	月曜日から金曜日 8:30~17:00
長門総合病院 がん相談支援センター	長門市東深川 85	0837-22-2518 (直通)	月曜日から金曜日 8:30~17:00
都志見病院 がん相談窓口	萩市江向 413-1	0838-22-2878 (直通)	月曜日から金曜日 8:15~17:00

6 申請及び問い合わせ先

〒753-8501

山口市滝町 1 - 1

山口県健康福祉部医療政策課
医療対策班

TEL : 083-933-2961 FAX : 083-933-2829

E-mail : a11700@pref.yamaguchi.lg.jp