草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金

ウィッグや補整具等の購入費用を助成します

令和８年４月より**助成を拡大**しています。詳細は市HPをご覧ください。

草津市では、がん患者の皆さまの社会参加を応援し、療養生活の質がよりよいものになるよう、ウィッグや帽子、乳房補整具、エピテーゼの購入費用の一部を助成する事業を行っています。

対象者

- 申請日までに引き続き草津市に１年以上住民票を有している方
- がんの治療中または過去に治療を受けたことがあり、外見の変化により補整具を必要とする方
- 他の法令等に基づく助成等を受けていない方

助成対象

①医療用等ウィッグ（皮膚保護ネットを含む）
　帽子
②乳房補整具（補整下着、補整パッド、人工乳房）
　エピテーゼ（体の一部を再現する人工装具）

助成金額

購入費用の半額
上限３０,０００円

助成回数

助成対象者１人につき、
上記助成対象①②
それぞれ、**２回まで**

申請期限

購入した翌日から**１年以内**

申請の流れについては裏面をご覧ください

各がんや療養生活について

がん情報についてのHPです。
ぜひご覧ください。

市HP
がんとともに生きる

冊子
『滋賀の療養情報』

健康増進課窓口で
冊子を
配布しています。

がんの相談窓口については、７ページをご覧ください。

申請の流れ

申請

下記必要書類をご準備のうえ、
窓口または郵送にて申請



決定通知

申請内容を審査し、交付または
交付申請棄却決定通知書を郵送



支払い

決定の場合、指定口座に
助成金を振込



必要書類

市HP

- □ 草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書
  ＊郵送申請の場合は、右記二次元コードからダウンロードのうえ、押印のこと
- □ 本人確認書類（顔写真つきの物は1点、顔写真の無い物は2点）の提示
  またはコピー
- □ 振込先口座（本人名義）のコピー
- □ ウィッグ等の補整具を購入したことがわかる領収書等（下記留意点❶参照）のコピー
- □ がん治療を受けたことを証明する書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等の
  薬剤名・治療内容がわかるもの）のコピー
- □ 印鑑　＊窓口申請の場合
- □ 委任状・代理人の本人確認書類　＊必要時（下記留意点❷参照）

申請時の留意点

❶「領収書」に、**購入先名**、**購入日**のほかに、申請者の氏名、品目が記入されているかを
ご確認ください。※１年以内に購入された複数の領収書も可

○

領　収　書
○○　○○　様　　○○年○○月○○日
金額　△△△△△　円
上記正に領収いたしました。
但し、（例）ウィッグ代として
株式会社○○

×

領　収　書
○○年○○月○○日
金額　△△△△△　円
上記正に領収いたしました。
株式会社○○

❷申請書の申請者や振込先、領収書宛名等が助成対象者と異なる場合は、委任状が必要です。
代理人は本人確認書類の提示または、コピー提出をお願いします。

申　請　先
お問合せ先
草津市役所　健康福祉部　健康増進課
〒525－8588　草津市草津三丁目13－30
電　話：077－561－2323　　FAX：077－561－0180