

令和7年度山形市医療用ウィッグ・乳房補整具の購入費の助成について

1 助成を受けることができる方

助成の対象になるのは、次の項目すべてに該当する方です。

- (1) 山形市に住所を有する方
- (2) 「がん」と診断され、その治療を受けた又は受けている方
- (3) がん治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、就労や社会参加等に支障がある又は支障が出るおそれがあり、ウィッグ又は乳房補整具が必要な方

※過去に同助成を受けた方を除く（過去にウィッグ・乳房補整具いずれかの助成を受けていても、もう一方の助成を受けられる）。

2 助成対象・助成金額など

- (1) 助成対象 令和6年4月1日以降に購入したもの
- (2) 助成金額・助成制限

	医療用ウィッグ	乳房補整具
助成金額	購入費用の1/2又は2万円のいずれか低い方	購入費用の1/2又は1万円のいずれか低い方
助成制限	個数1個まで、申請回数1回まで	個数制限なし、申請回数1回まで

3 申請時の持ち物 ※状況に応じて、郵送やメールでの申請も可能です

申請書・添付書類		本人が申請	20歳未満の子の代理申請	家族などが代理申請
助成金交付申請書兼請求書	市ホームページでダウンロード可能	○	○	○
振込先の通帳	助成対象者名義のもの（助成対象者が20歳未満の場合で、申請者が親権者の場合は、親権者名義のもの） ※助成金交付申請書兼請求書に金融機関名、支店名、預金種目、口座名義、口座番号が記載されていれば持参不要	○	○ 親権者	○ 助成対象者本人
脱毛又は乳房切除を伴うがん治療を受けていることを証するいずれかの書類の原本または写し	【医療用ウィッグ】 お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書、クリニカルパス、わたしのカルテ、がん診療パス、その他証明するもの（抗がん剤治療の場合、薬剤名が記載されているもの）	○	○	○
	【乳房補整具】 手術同意書、診療明細書、治療方針計画書、クリニカルパス、わたしのカルテ、がん診療パス、その他証明するもの			
助成対象物品を購入したことを証する書類の原本又は写し	領収書（裏面参照）（レシートは不可） ※商品を複数購入している場合は個々の代金（送料や代引手数料がある場合はその両金額も）と消費税額が分かるもの	○	○	○
本人確認書類の写し	運転免許証、医療保険証など	○	○ 親権者	○ 代理人
委任状	市ホームページでダウンロード可能	—	—	○

4 申請時に提出する領収書について

ウィッグ販売店・乳房補整具販売店から領収書を受け取る際は、下記の内容が記載されているか確認をお願いします。インターネット通販の場合も同様です。

【記入例】

ウィッグ又は乳房補整具使用者本人（助成対象者が20歳未満で、申請者が親権者の場合は、親権者）の氏名

山形 花子 様

領 収 書

附属品等は含まないウィッグ又は乳房補整具本体の価格で、税込別が分かるようにしてください。

分からない場合は、購入物品の内訳が分かる納品書などを添付してください。

領収金額 55,000円

(内 消費税等 5,000円)

但し、乳房補整具代として、領収しました。

令和7年4月30日

住 所 山形市旅籠町二丁目3番25号

販売者 ○○工房
店長 山形 美子

○○
工房

山
形

商品を複数購入していて、領収書でその内訳が明記されない場合は、納品書など購入商品の内訳（内容・個数・単価）が分かるものを添付してください。

納 品 書

納品日 令和7年4月30日

○○工房 山形市旅籠町二丁目3番25号

山形 花子 様

合計金額 55,000円（消費税等 5,000円）

商品コード	品名	数量	単価	金額
	パッド（○○タイプ）	1	35,000	35,000
	ワイヤなしブラジャー	3	5,000	15,000
			合計	50,000

【問い合わせ】

山形市健康医療部（山形市保健所）
健康増進課 健康計画推進係
電話 023-616-7270