島　本　町
がん患者のためのアピアランスケア支援事業

がん治療に伴う頭部または胸部の外見上の変化を受けウィッグや補整具を必要とされるかたに費用の一部を助成します。

年齢や性別を問わず、すべてのがん治療に伴う外見の変化が対象です。



［島本町ホームページ］

助成区分①,②について、それぞれ１回限り申請できます。
詳細は、島本町ホームページを必ずご確認ください。

① 医療用ウィッグ等（１回を上限に複数個の購入費を合算して申請できます）

助成上限額　　20,000円
対象例：おしゃれウィッグ、部分ウィッグ、毛付き帽子、保護ネット等
不可例：ウィッグスタンド、クリーナー、リンス等の附属品及びケア用品

② 胸部補整具（左用と右用で各１回を上限に複数個の購入費を合算して申請できます）

助成上限額	補整下着	左右各	10,000円
	人工乳房・人工乳頭	左右各	20,000円

胸部補整具とは次のものを指します。
※ 外見の変化を補う補整下着で、下着とともに使用するパッドを含む。
※ 乳房再建術等で体内に埋め込まれたものは除く。

■申請の流れ

補整具等の購入 → 申請（購入日から２年以内）窓口または郵送 → 助成金振込（振込まで約1か月程度）

■助成の対象者について

次の①から④を満たすかたが助成の対象となります

① 申請時点で島本町に住民票があるかた
② がんと診断され、がんの治療を受けたかたまたは現に受けているかた
③ 過去に島本町又は他の自治体が実施する同様の助成を受けていないかた
④ アピアランスケア用具等を令和７年４月１日以降に購入したかたで、かつ、購入日から２年を経過していないかた

■申請時に必要な書類

①島本町がん患者のためのアピアランスケア支援事業助成金申請書

※申請書は、島本町ふれあいセンター（すこやか推進課窓口）で配布しているほか、島本町ホームページからダウンロードできます。

②がん治療による脱毛または乳房の変化があることを証明できる書類（写し）

（例） 診断書、治療方針計画書、治療に係る説明書 など

【重要】以下の内容が記載されているかご確認ください

共通	治療を受けた者の氏名、発行医療機関の名称または医師の氏名、診断名
ウィッグ等の申請の場合	使用した薬剤や放射線治療、ホルモン療法などによる脱毛の副作用の記載
胸部補整具の申請の場合	外科手術をした部位や手術方法の記載

③アピアランスケア用品の購入に係る領収書（原本）

宛名（申請者または助成対象者の氏名であるものに限る）、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の記載があるもの

④購入明細原本　※領収書原本に商品名や品番などの記載がない場合

商品名や品番など助成対象の用具等であることが分かる記載があり、領収書原本の金額と整合性が確認できるもの

⑤代理人の本人確認書類(写し)　※申請者が代理人の場合

マイナンバーカード、運転免許証（両面）、住民票の写しなど

■問合せ先・書類の提出先

〒618-0022　大阪府三島郡島本町桜井三丁目4番1号　島本町ふれあいセンター内
島本町　健康福祉部　すこやか推進課
（TEL） 075-961-1122 （FAX） 075-961-1116