

医療用ウィッグ・乳房補正具の 購入費用の助成が受けられます

岐阜県及び市町村では、がん患者の方の治療と就労、社会参加等の両立を支援するため、医療用補正具の購入費用の一部を助成しています。

市町村ごとに制度が異なりますので、詳細はお住まいの市町村へお問い合わせください。



助成の対象となる医療用補正具

(1) 医療用ウィッグ

抗がん剤治療による脱毛に悩む方が、一時的に着用するウィッグのことです。

そのうち、全頭用ウィッグ（フルウィッグ）のみを助成対象としています。

(2) 乳房補正具

乳がんの手術による乳房の形の変化を補正するための乳房補正パッドまたは人工乳房（それらを固定する下着を含む）のことです。

乳房再建手術は助成の対象となりません。

※助成の対象となる医療用ウィッグおよび乳房補正具はそれぞれ1台ずつとなります。

対象となる方

以下の要件を全て満たす方が対象となります。

- (1) 医療用補正具を購入した日および申請時に岐阜県内に住所を有している方
- (2) がんの治療（手術、薬物治療、放射線治療等）を過去に受けた方、または現在受けている方
- (3) がんの治療に伴う脱毛等により、治療と就労、社会参加等との両立に支障が出る、または出るおそれのある方
- (4) 申請を行う補正具について、他の都道府県や市町村の助成を受けていない方

申請方法

助成の申請窓口は各市町村となります。（岐阜市のみ県の機関が申請窓口となります。）
裏面の申請先一覧をご確認ください。

申請書の記載方法

各市町村によって申請書様式が異なりますが、岐阜県様式を例に記載方法を紹介します。

岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書
令和〇年 〇月 〇日

岐阜県知事 様
住所 岐阜県岐阜市×××〇-〇-〇
申請者 氏名 岐阜 太郎 (続柄 本人)

岐阜県補助金等交付規則第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
※本枠内を記載ください。

対象者	フリガナ	ギフ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
	氏名	岐阜 太郎	(○歳)	
がんの治療状況	住所	〒500-〇〇〇〇 岐阜県岐阜市×××〇-〇-〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	医療機関名 及び診療科	××病院		
	主治医名	×× ××		
	治療方法	手術・薬物治療・放射線治療 その他()		
がんの治療を受けている ことを証する書類		放射線治療書	治療方針計画書	がん医療連携クリティカルパス
当該補正具の費用について他都 道府県や他県市町村の助成金受 給の有無		無・有		
助成対象経費	補正具の 種類	全額用ウィッグ		
	購入年月日 (領収書の日付)	令和〇年 〇月 〇日		
	領収書の名前及び 本人との続柄	岐阜 太郎 (続柄 本人)		
	購入費用	ア 41,000円(税込)	エ	円(税込)
	購入費用の 1/2の額	イ(アの1/2の額、1,000円未満は1,000円未満未満) 20,000円	オ(エの1/2の額、1,000円未満は1,000円未満未満)	円
	助成対象額	ウ(イ又は10,000円のいずれか少ない方の額) 10,000円	カ(オ又は10,000円のいずれか少ない方の額)	円
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください)				
振込先 指定口座 (申請者の名義)	フリガナ	ギフ タロウ	店名	××支店
	口座名義	岐阜 太郎	口座番号	〇〇〇〇〇〇
	金融機関名	××銀行	口座種別	普通
	口座種別	普通	助成決定金額 ※この欄は、裏で使用します。	

(添付書類)
1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し(店名、購入日、購入金額、金額内訳、全額用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
3. 住民票(申請日から3か月以内で、申請者が居住する岐阜県内に住所を有していることが確認できるもの、マイナンバーの記載不要)
4. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び店名が分かる預金通帳の写し(通帳裏の見開きのコピーなど)

日中、つながりやすい
電話番号としてください

治療を行っていることを証するために
添付した書類に○をつけてください

「有」の場合は、助成対象となりません

申請する補正具の欄に
購入日等を記入してください

申請に必要な書類

- 申請書（市町村によって様式が異なりますので、お住まいの市町村にお問い合わせください）
- 補正具の購入費用の額が確認できる領収書の写し
※領収書の記載事項については「注意事項」を参考に購入されるお店にご相談ください。
- がん治療を行っている、または行っていたことを証する書類
※領収書の診療明細書、入院や外来治療計画書、がん医療連携クリティカルパス等
（例）抗がん剤の名称が記載されている診療明細書
- 住民票
※申請日から3か月以内で、医療用補正具購入日に岐阜県内に住所を有していることがわかるもの。マイナンバーの記載がないものとしてください。
※対象者（治療を受けられている方）と申請者が異なる場合は、その続柄の記載をお願いします。
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名がわかる預金通帳の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）

注意事項

(1) 添付する領収書には、以下の6項目が全て記載されている必要があります。

領収書	
岐阜 太郎 様	令和〇年〇月〇日
¥ 41,000-	
但し、医療用全頭用ウィッグ購入費	
内訳	医療用ウィッグ専門××店
税抜金額 37,273円	岐阜県××市××〇-〇
消費税(10%) 3,727円	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

- ・宛名（フルネーム）
- ・医療用全頭用ウィッグである旨
- ・領収書発行者名
- ・購入日
- ・購入金額
- ・金額内訳

(2) 申請できる期間は、医療用補正具を購入した日の属する年度の末日までです。
※市町村によって異なる場合があります。

(例) 医療用補正具購入日令和6年4月1日 → 申請書提出期限令和7年3月31日
医療用補正具購入日令和7年3月13日 → 申請書提出期限令和7年3月31日

よくある質問

Q：助成対象は女性に限りますか？

A：助成対象となる方の性別、年齢の制限はありません。
ただし、18歳未満の方については、保護者を申請者としてください。

Q：助成金額はいくらですか？

A：市町村毎に異なりますので、各市町村にお問い合わせください。
なお、岐阜県が助成を行う場合の助成金額はウィッグと乳房補正具でそれぞれ購入費用の1/2の額（千円未満切り捨て）で、上限額は1万円となります。

Q：ウィッグと乳房補正具はいくつ助成対象となりますか？

A：ウィッグと乳房補正具についてそれぞれ1回ずつ、1台限り助成が受けられます。
両方の申請をする場合、その申請時期については、同時申請、別申請のどちらでも可能です。
なお、再発または異なるがんの治療を行う場合であっても、助成対象となるのは1回限りとなります。

Q：複数のウィッグ及びケア用品を同時に購入しましたが、助成対象となりますか？

A：複数のウィッグや乳房補正具の合計購入金額が助成上限額の範囲内であっても、1台分の購入費用のみが対象です。
ウィッグ本体価格（頭皮保護用ネット含む）または乳房補正具（パット、固定用下着）+消費税が助成対象となりますので、付属品（くし、シャンプーなど）は助成の対象となりません。

Q：部分用ウィッグや毛髪付き帽子などは助成の対象となりますか？

A：全頭用ウィッグのみが助成対象のため、部分用ウィッグなどは助成の対象となりません。



申請先・お問い合わせ先

●申請窓口が市町村役場の市町村一覧

市町村	申請先	電話番号	市町村	申請先	電話番号
羽島市	羽島市役所 子育て・健康課	058-392-1111	郡上市	郡上市役所 健康課	0575-67-1834
各務原市	各務原市役所 健康管理課	058-383-1115	美濃加茂市	美濃加茂市役所 健康課	0574-66-1365
岐南町	岐南町役場 健康推進課	058-247-1321	可児市	可児市役所 健康増進課	0574-62-1111
笠松町	笠松町役場 健康介護課	058-388-7171	坂祝町	坂祝町保健センター	0574-26-7201
山県市	山県市役所 健康介護課	0581-22-6838	富加町	富加町役場 福祉保健課	0574-54-2117
瑞穂市	瑞穂市役所 健康推進課	058-327-8611	川辺町	川辺町保健センター	0574-53-2515
本巣市	本巣市役所 健康増進課	058-320-0153	七宗町	七宗町生きがい健康センター	0574-48-1112
北方町	北方町保健センター	058-323-7600	八百津町	八百津町保健センター	0574-43-2111
大垣市	大垣市保健センター	0584-75-2322	白川町	白川町役場 保健福祉課	0574-72-2317
海津市	海津市役所 健康課	0584-53-1317	東白川村	東白川村保健福祉センター	0574-78-2100
養老町	養老町保健センター	0584-32-9025	御嵩町	御嵩町保健センター	0574-67-2111
垂井町	垂井町保健センター	0584-22-1021	多治見市	多治見市保健センター	0572-23-5025
関ヶ原町	関ヶ原町健康増進センター	0584-43-3201	瑞浪市	瑞浪市役所 健康づくり課	0572-68-9785
神戸町	神戸町保健センター	0584-27-7555	土岐市	土岐市保健センター	0572-55-2010
輪之内町	輪之内町保健センター	0584-69-5155	中津川市	中津川市役所 健康医療課	0573-66-1111
安八町	安八町保健センター	0584-64-3775	恵那市	恵那市役所 健康推進課	0573-26-6822
揖斐川町	揖斐川保健センター	0585-23-1511	高山市	高山市役所 健康推進課	0577-35-3160
大野町	大野町保健センター	0585-34-2333	飛騨市	飛騨市役所 古川町保健センター	0577-73-2948
池田町	池田町保健センター	0585-45-3191	白川村	白川村役場 村民課	05769-6-1311
関市	関市役所 市民健康課	0575-24-0111	下呂市	下呂市役所 健康課	0576-24-2222
美濃市	美濃市保健センター	0575-33-0550			

●申請窓口が県機関の市町村一覧

市町村	申請先	電話番号
岐阜市	岐阜県庁保健医療課	058-272-8276

相談先など

補正具について相談したい場合

県内に9カ所ある以下のがん診療連携拠点病院の相談支援センター等で相談が可能です。

岐阜大学医学部附属病院、岐阜市民病院、岐阜県総合医療センター、松波総合病院、大垣市民病院、中部国際医療センター、中濃厚生病院、県立多治見病院、高山赤十字病院

助成制度等について詳しく知りたい場合

岐阜県 医療用補正具購入費 助成

検索

