

北九州市がん患者医療用ウィッグ等 購入費助成事業

がんに罹患された方が、治療に伴う外見の変化をカバーするために購入した医療用ウィッグや補整具等の費用の一部を助成します。

1 対象となる方（以下の全てに該当する方）

- (1) 北九州市内に住民票がある方
- (2) がんと診断され、現在治療中または過去に治療を受けたことがある方
- (3) 県内他自治体から同様の助成を受けたことがない方
- (4) 過去にこの事業の助成を受けたことがない、又は、一方の区分のみ受けた方で、他方の区分を申請する方

2 助成対象となる用具及び助成金額

区分	用具	助成額
医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ（医療用でないものは不可。） ※ 医療用ウィッグであれば、部分用ウィッグでもよい。	左記の用具の購入額 （税込）の合計の半額 （千円未満切り捨て） 又は 2万円 のいずれか 低い方
	装着用ネット	
	毛付き帽子	
補整具等	補整パッド	左記の用具の購入額 （税込）の合計の半額 （千円未満切り捨て） 又は 1万円 のいずれか 低い方
	補整下着	
	専用入浴着	
	弾性着衣 （弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ）	
	エピテーゼ（補整用人工物）	

注1：個数制限はありません。

注2：助成は各区分ごとに1人1回です。

（一度助成を受けた区分は、翌年度以降も助成は受けられません。）

助成対象にならないもの

- (1) 医療保険（健康保険）や他の公的補助制度を活用できる用具
- (2) 国や他の自治体から助成を受けている用具
- (3) 付属品やケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）
- (4) 購入費以外の費用（購入店までの交通費、送料等）

3 申請方法

申請の手引き、記入例をよく読んで、申請書（様式第1号）を作成し（記入欄が両面あります。）、添付書類を添えて、保健福祉局疾病対策課へ郵送又は持参してください。

***申請書、記入例、申請の手引きの入手先**

市ホームページ(<https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/17200447.html>)、
疾病対策課、市内のがん診療連携拠点病院等

添付書類

(1) がん治療(化学療法、放射線治療、外科的治療等)が原因で脱毛、外見の変化、浮腫等が起きることを証明する書類（医療機関名及び治療法・抗がん剤名等が記載してある書類、写し可）

【書類の例】

がん治療に関する診療明細書、治療方針計画書、抗がん剤使用の同意書、お薬手帳等

※1種類では証明ができない場合は、複数組み合わせ提出してください。

(2) 用具の購入に係る領収書及び明細書の写し

宛名（申請者又は助成対象者のフルネーム）、購入日、購入金額、購入物及び金額の内訳がすべて記載されているもの。**ウィッグは「医療用」と明記されているもの。**

※ 領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収内訳書等内訳が確認できる書類も提出してください。

(3) 申請者と助成対象者の本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証等 両面をコピー)

(4) 助成金の振込口座の通帳の写し

金融機関名、支店名、預金種目(普通・当座)、口座名義人、口座番号がわかるページの写し

※ 振込口座は申請者名義の口座に限ります。

4 申請期間

購入した日から1年間

【例】購入日:令和8年5月9日 ⇒ 申請期間:令和8年5月9日～令和9年5月8日

※申請期間最終日が閉庁日の場合は、その直後の開庁日が申請期限日です。

※郵送の場合、消印有効です。

5 申請書送付先及び問い合わせ先

〒803-8501 北九州市小倉北区城内1番1号（北九州市役所本庁舎9階）

北九州市 保健福祉局 疾病対策課

電話：093-582-2899

FAX：093-533-6356

開庁日時：月曜日から金曜日 8:30～17:15

閉庁日：土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）



北九州市の
ホームページ