

# がん治療に伴う外見の変化にお悩みの方へ

## ウイッグ、乳房補整具等の 購入費を補助します

越谷市では、がん治療と社会生活を両立できるよう、がん治療の影響による脱毛や手術による乳がんの切除等のアピアランス(外見)の変化をケアする用品の購入費を補助します。

### 対象となる方

次のいずれにも当てはまる方

- 1 申請日時点で、市内に住所を有する方
- 2 がんと診断され、その治療に伴う脱毛または乳房の変形に伴い補整具を購入した方

※補助を受けようとする補整具について、本市または他の自治体から、同種の補助を受けている場合は補助対象となりません。詳しくはお問い合わせください。

### 補助となる用具および補助額

下記の区分ごとに、購入費の2分の1に相当する額を補助します

補助は、下記の区分ごとに、1回限りです

区分	補助となる用具	限度額	申請期限
ウイッグ	ウイッグ 装着ネット 毛付き帽子 など	1万円	いずれも、購入日から 1年以内 ※複数個まとめて申請する場合は、一番古い領収書の日付から1年以内に申請してください
乳房補整具	補整下着 下着とともに使用するパッド 人工乳房 など	1万円	

●問い合わせ先● 越谷市健康づくり推進課(越谷市保健センター)

TEL: 048-960-1100 (平日 8:30~17:15)

FAX: 048-967-5118

〒343-0023 越谷市東越谷 10-31

## 申請から補助交付までの流れ

### ① 購入

ウィッグ・補整具等を購入してください。  
領収書は、必ず保管しておいてください。

### ② 補助金の申請

申請に必要な書類を  
越谷市健康づくり推進  
課に提出してください。

### ③ 交付額の決定及び支払い

申請内容を審査し、交付通知書  
を郵送します。指定された口座に  
補助金を振り込みます。

## 申請に必要な書類

申請に必要な書類は、市のホームページ  
からダウンロードできます



	提出書類	注意事項等
1	補助金交付申請書兼請求書 (様式第1号)	<ul style="list-style-type: none"><li>・所定の様式に必要事項を記載してください</li><li>・原則、申請者は補助対象者本人としてください</li><li>・振込先口座は、申請者ご本人の名義の口座に限ります</li><li>・記入時に、消えるボールペンは使用しないでください</li></ul>
2	補助対象者の本人確認書類 (いずれかひとつ)	<ul style="list-style-type: none"><li>・運転免許証のコピー(表、裏両面)</li><li>・マイナンバーカードのコピー(表面のみ)</li><li>・パスポート</li></ul> <p>※代理申請の場合は、委任状及び代理者の本人確認書類</p>
3	診断名、がん治療の内容が 確認できる書類の写し (内容によっては、複数提出 していただくこともあります)	<ul style="list-style-type: none"><li>・がんの診断名、がん治療に伴う脱毛、外科的治療等による部 位の変形や欠損、またはそれらのおそれが見込まれることを証 明する書類</li><li>・入院診療計画書、化学療法にかかる説明書・同意書、手術同 意書、診療明細書 など</li></ul>
4	領収書	<ul style="list-style-type: none"><li>・補助対象者の氏名、支払いをした日付、金額、品目、領収書 発行者の名称の記載があるもの</li><li>・領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、明細書等の内 訳が確認できる書類を併せて添付してください</li><li>・補助対象にならないものを含めた金額の場合は、補助対象用 具の金額が分かる内訳を添付してください</li></ul>

## 申請方法

●電子申請 URL: [https://apply.e-tumo.jp/city-koshigaya-saitama-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=88162](https://apply.e-tumo.jp/city-koshigaya-saitama-u/offer/offerList_detail?tempSeq=88162)

●郵送 〒343-0023 越谷市東越谷 10-31 越谷市健康づくり推進課  
(越谷市保健センター)

●窓口 平日8時30分～17時に、保健センターまで、必要書類を持参してお越しください

