

外見の変化にお悩みがある千代田区民の方へ

アピランスケア用品の 購入等費用助成のご案内

千代田区では、がん等の疾病による治療や外傷等に伴う外見の変化に悩みを抱える方が、前向きな療養生活を送れるよう、外見の変化をカバーするために購入したアピランスケア用品の購入等の費用の一部を助成します。

【 制度の概要 】

助成の対象となる方	次の項目のすべてに当てはまる方 ・申請日時点で千代田区に住民登録のある方 ・がん等の疾病に係る治療又は外傷等によりアピランスケア用品を必要とする方 ・他の法令等に基づく同種の助成などを受けたことがない方
助成対象品	(1) ウィッグ（ウィッグの装着時に必要なネット、帽子等頭部の外見の変化を補う目的で使用するものを含む） (2) 胸部補整具（補整下着、補整用シリコンパッド、人工ニップル、人工乳房等） (3) エピテーゼ（補整用人工物。義眼等） (4) 弾性着衣（原則、着圧30mmHg以上。ただし、医師の特別の指示がある場合は20mmHg以上） (5) 頭皮冷却用キャップ及び冷却用グローブ・ソックス ※（3）～（5）は令和8年4月1日以降に購入したものに限り申請可能 ※ インターネットオークションや個人間の取引により購入等したものは対象外。
助成金額	購入やレンタル等にかかった実費（消費税を含む、上限100,000円） ※ 申請は、対象者一人につき2回限り ※ 個数の上限なし。また、異なる助成対象品を併せて申請可 ※ レンタル等とは、レンタルやリース、定額利用を指します。
申請期限	購入やレンタル等の費用を支払った日の翌日から1年以内
申請に必要な書類	① 千代田区がん患者等アピランスケア用品購入等費用助成金交付申請書兼口座振替依頼書 ② 購入やレンタル等の費用を支払った日付や金額、購入内容の明細が分かる書類（領収書などの原本） ③ がん等の疾病の治療や外傷等に伴う外見の変化を証明する書類（診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書などの写し） ④ 申請者（申請者と助成対象者が異なる場合は両者）の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなどの写し） ⑤ 振込先口座が確認できる書類（通帳などの写し）
配布場所	申請にあたり必要な書類は、区ホームページでダウンロードできるほか、区役所2階の区政情報コーナーや、千代田保健所1階で配布します。 (http://www.city.chiyoda.lg.jp/koho/kenko/iryo/konyuhiyojyosei.html)



【 申請方法 】

必要書類を、以下の送付先まで郵送にて提出してください。
また、千代田区ポータルサイトからオンライン申請も受け付けております。

送付先	〒102-0073 千代田区九段北1-2-14 千代田保健所 健康推進課 健康推進係 アピランスケア用品購入費助成受付担当
-----	---



区ポータルサイトはこちらから

【 注意事項など 】

- (1) アピランスケアを必要とする方のほか、その同一世帯の方がアピランスケア用品を購入やレンタル等した場合も、申請することができます。
- (2) 申請は対象者1人につき2回限りです。1回の申請での個数は問いませんので、助成対象品を複数購入またはレンタルした場合などは、まとめて申請してください。
- (3) がん等の疾病の治療や外傷等に伴う外見の変化を客観的に証明する書類が必要となります。
(例) ウィッグまたは帽子の助成を受ける場合は、脱毛の副作用のある化学療法もしくは放射線治療等を受けたことが確認できる書類、胸部補整具の助成を受ける場合は、乳房切除などのがんの手術をしたことが確認できる書類
- (4) 領収書は、様式は問いませんが、①宛名（フルネーム）、②購入やレンタル等の費用を支払った日、③購入やレンタル等の金額、④商品の内容または内訳、⑤領収書発行者の名称及び住所、全ての記載が必要です。商品の内容の記載がない場合や、金額に助成対象ではない商品の代金が含まれている場合は、購入明細書や納品書など、商品の内容と金額の内訳が分かる書類も提出してください。

なお、領収書の発行ができない場合は、支払いをしたことが分かるものと、上記①～⑤の必要事項全てが確認できるものを提出してください。インターネット購入等、クレジットカードで決済し領収書またはレシートが発行できない場合は、クレジットカードの請求明細と購入商品の内容が確認できる書類が必要です。

領収書 見本

※ ウィッグの例

申請者のフルネームが必要です。
※「上様」や苗字のみは不可

申請期限は、
この日の翌日から1年以内です。

金額が5万円以上
の場合は、収入印紙
が必要です。

※ クレジットカード
払いの場合は、収入
印紙は不要ですが、
その旨の記載が必要
です。

領 収 書	
① 千代田 さくら 様	② 令和8年10月1日
③ ¥ 153,000-	
④ ただし、ウィッグ購入代金として 上記正に領収いたしました。	
⑤ 住所：◇◇◇区△△△町1-2-3 氏名：株式会社〇〇〇〇 店長 □□□□	

購入やレンタル等
した商品が、助成
対象品であること
が分かる記載が必
要です。

領収書発行者の
名称・住所

【お問合せ先】



千代田保健所 健康推進課 健康推進係

電 話 03 (5211) 8171

E-mail kenkousuishin@city.chiyoda.lg.jp