



目黒区

アピアランスケア用品

購入等費用助成のご案内

(旧事業名:がん患者ウィッグ購入等費用助成)

令和8年4月から、対象者・対象品目を拡充し、個数制限を撤廃しました。(★は拡充項目です。) がん治療などに伴う外見の変化による心理的負担を軽減し、就労や社会参加を応援するため、ウィッグ等の購入またはレンタル費用の一部を助成します。がん以外の疾病や外傷も対象とするほか、エピテーゼ、頭皮冷却用キャップ等が助成品目に加わりました。

助成対象者となる方 次のすべてに該当する方

- 申請時点で目黒区に住民登録のある方
- がん等の疾病やその治療、外傷による外見の変化でアピアランスケア用品を必要とする方★
- 同一の助成を、目黒区または他区市町村で2回以上受けていない方

男性型・女性型または加齢による脱毛症、手術等の治療の過程で頭髪を剃る場合は除きます。

助成対象品

ウィッグ 装着ネット、クリップを含む	補整下着 補整パッドを含む	帽子★ 毛付き帽子、医療用帽子等	弾性着衣 原則、着圧30mmHg以上が対象。医師の特段の指示がある場合は20mmHg以上。
エピテーゼ★ 人工乳房、義眼等の補整人工物	頭皮冷却用★ キャップ	冷却用★ グローブ ソックス	

※本体と同時申請の場合に限り、着脱に必要な接着剤や剥離剤等の装着用の消耗品も含まれる

購入だけでなくレンタルも含まれます。助成対象となるかご不明な場合は、お問い合わせください。

- 助成対象外
- ・本体に含まれない付属品やメンテナンス用の消耗品、ウィッグのスタイリング代
 - ・材料購入費や製作費、治療費(施術費)、医薬品、メイク用品
 - ・健康保険による療養費等の他の法令等に基づく同種の助成、給付等の支給対象品
 - ・インターネットオークション、フリーマーケット、その他の個人間取引品

助成回数・金額

対象者1人につき **2** 回まで

申請1回あたり上限 **10** 万円

個数制限なく、複数の品を組み合わせで申請可。★

令和7年度までの旧事業(目黒区がん患者ウィッグ購入等費用助成)への申請を含みます。

上限10万円または購入・レンタル経費のいずれか低い額となります。購入・レンタルに要する費用の実費で、消費税を含みます。

申請期限

(領収書に記載の日付)

購入・レンタル日の翌日から **1** 年以内

助成対象は、令和7年4月1日以降に購入・レンタルしたアピアランスケア用品です。複数の領収書をまとめて申請する場合

例	購入日	申請期限
	令和8年4月1日	} 令和9年4月1日
	令和8年4月15日	

申請期限にご注意ください。

申請から支給までの流れ



申請方法



オンラインによる電子申請

電子申請フォームから申請してください。



郵送または窓口

必要書類をご提出ください。
申請書様式は、区ウェブサイトからダウンロードするか、裏面申請先で配布しています。



※旧事業の様式や電子申請フォームでの申請は、不可とします。

※原則、助成対象者本人または助成対象者本人が未成年者の場合は保護者が申請してください。

※助成対象者本人以外(保護者または成年後見人を除く。)が申請する場合、助成対象者本人からの委任状が必要です。

申請に必要な書類

- 申請書兼請求書(オンラインの場合は、電子申請フォーム)
- 傷病またはその治療の証明書類の写し
- 領収書の写し
- 申請者及び助成対象者の本人確認書類の写し
- 振込口座の確認書類の写し

※その他、区が必要と認める書類の提出を求められる場合があります。

必要書類 ▶ 傷病またはその治療の証明書類の写し

以下の内容が確認できる書類をご提出ください。

ウィッグ、帽子の場合

例

「脱毛の原因となった疾病、外傷等」の記載

▶ 診断書、治療方針計画書 等の写し

「脱毛の副作用がある化学療法や頭部への放射線治療」の記載

▶ 治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳 等の写し

補整下着、弾性着衣、人工乳房の場合

「手術による乳房やリンパ節の切除、治療」の記載

▶ 治療方針計画書、診療明細書 等の写し

エプテージェ(人工乳房以外)の場合

「欠損の原因となった外傷等」の記載

▶ 診断書、診療明細書 等の写し

頭皮冷却用キャップ、冷却用グローブ・ソックスの場合

「脱毛や手足のしびれの副作用がある化学療法」の記載

▶ 診療明細書、お薬手帳 等の写し

※お持ちの書類で証明できない場合は、

「目黒区アピランスケア用品購入等費用助成に関する医師の意見書(第1号の2様式)」の写しまたは 病院指定の診断書等の様式に上記必要事項を記載いただいた写しをご提出ください。

書類の発行にかかる費用は助成対象外です。

必要書類 ▶ 領収書の写し

領収書等の購入・レンタルした日付及び金額の明細等が分かる書類をご提出ください。

① 宛名

助成対象者または申請者のフルネームが必要です。苗字のみや「上様」は不可。

② 購入金額

③ 購入日(発行日)

レンタルの場合は、レンタル開始日。有効期限は、領収書に記載の日の翌日から1年間です。申請期限に注意してください。

④ 購入品名・品目

助成対象品であることがわかる記載が必要です。

領収書

目黒 太郎 様

発行日〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

¥55,000- (消費税を含む)

但し 医療用ウィッグ1台購入代として
上記正に領収いたしました

内訳

税抜金額	¥50,000-
消費税額(10%)	¥5,000-

株式会社〇〇〇〇
〒123-4567
東京都〇〇区〇〇一丁目2番3号
TEL 03-1234-5678

収入印紙

印

⑤ 金額の内訳

複数の品目を購入した場合、記載が必要です。

⑥ 発行者の名称及び住所

⑦ 収入印紙

50,000円以上の領収書には必要です。クレジットカード決済の場合は不要ですが、その旨の記載が必要です。また、発行者の割印が必要です。

※金額の内訳がない場合、購入金額に助成対象外の品を含む場合 または その他不足の項目がある場合は、項目や詳細な内訳を補足できる書類が別途必要です。(例:購入明細書、納品書)

必要書類 ▶ 申請者及び助成対象者の本人確認書類の写し

住民票の記載内容と一致し、有効期限内のものに限ります。

本人確認書類の例

1点で確認できるもの

※顔写真があるもの

マイナンバーカード(顔写真がある表面)、
運転免許証、旅券(パスポート) ※等

※所持人記入欄のない旅券(令和2年2月4日以降に申請した物)は2点で確認

2点で確認できるもの

※顔写真がないもの

各種健康保険の資格確認書、住民票の
写し、公共料金の領収書 ※等

※本人名義で、現住所が記載され、発行日から3か月以内のもの

※申請者と助成対象者が異なる場合は、それぞれの本人確認書類をご提出ください。

※保護者または成年後見人が申請する場合、保護者または成年後見人であることが確認できる書類の写しもご提出ください。

必要書類 ▶ 振込口座の確認書類の写し

金融機関名、口座番号、名義が確認できるもの(通帳、キャッシュカード等)の写し

※振込先は、「助成対象者」または「申請者」の口座です。

※口座の名義が旧姓の場合は、旧姓が証明できる書類を別途添付してください。

※助成対象者本人以外(保護者または成年後見人を除く。)の口座を振込先に指定する場合、助成対象者本人が記載した委任状の提出が必要です。

申請から支給までの流れ



提出書類を審査します。
提出書類に不備や不足がある場合は、再提出が必要になる等、審査に時間がかかる場合があります。また、審査の際、住所等の確認のために住民記録台帳を閲覧するほか、必要に応じて関係機関や購入店へ照会する場合があります。

申請内容を審査し支給を決定した場合は、申請者へ交付決定通知書を送付します。（助成要件を満たさない場合は不交付決定通知書を送付します。）

指定された金融機関口座に助成金を振り込みます。
助成金の振込まで、申請を完了した日から2か月程度かかります。書類審査に時間を要する場合には、さらに期間を要する可能性があります。

問合せ・申請先

〒153-8573

目黒区上目黒二丁目19番15号 目黒区役所

総合庁舎本館3階 目黒区健康推進部健康推進課健康づくり係

アピランスケア用品購入等費用助成受付担当

電話 03-5722-9586

（月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時 ※祝日・休日、年末年始を除く）