

函館市 がん患者 医療用補正具購入費助成事業

がん治療による社会生活上の負担・不安を和らげ、療養生活の質が向上するように、医療用補正具の購入費用の一部を助成します。

区 分	対象となるもの	申請回数や個数制限
医療用ウィッグ	全頭ウィッグ, 頭皮保護用ネット等	* 申請はひとりにつき 1 回 * 1 台限り
胸部補正具	人工乳房, 補正下着, 補正パッド	* 申請はひとりにつき 1 回 * 人工乳房は 1 台限り 両側乳がんの場合は 2 台まで * 補正下着に個数の制限は ありません

助 成 金 額

区分ごとに購入に要した費用の 2 分の 1 の額（1, 0 0 0 円未満切捨て）で、それぞれ上限額 2 0, 0 0 0 円

申 請 期 限

購入日から 1 年以内

対 象 者

下記①～②のすべてに該当する方

①申請時に、函館市に住民登録のある方

※ただし、他自治体で同様の助成を受けている方は対象外です。

②がん治療に起因して、脱毛または乳房の切除をしたことにより、補正具を必要とし、購入した方

申 請 方 法

函館市がん患者医療補正具購入費助成金交付申請書を記入し、必要書類を添付して、郵送または窓口にてご提出ください。

▶▶ 申請に関する詳細や交付申請書のダウンロードはホームページをご覧ください ◀◀

【必要書類】

①函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

②領収書の写し

宛名が対象者または申請者で、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの

③がんの治療を受けたことが確認できる書類

▶ 医療用ウィッグの申請：

放射線療法による脱毛の場合…がん治療に関する説明書や治療方針計画書など

薬物療法による脱毛の場合…抗がん剤の種類や薬剤名等の記載があるもので、治療方針計画書、抗がん剤開始同意書や診療明細書など

▶ 胸部補正具の申請：

外科的治療の説明・同意書、診断書など

④本人確認書類の写し

マイナンバーカード、運転免許証など

⑤振込先口座の通帳等の写し



■ 提出先・お問い合わせ ■

函館市保健福祉部健康増進課

〒040-0001 函館市五稜郭町 2 3 番 1 号

函館市総合保健センター内

TEL (0 1 3 8) 3 2 - 1 5 1 5