

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、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

助成対象となるものについて、詳しくはホームページをご確認ください。

助成金額

区分ごとに購入に要した費用の2分の1の額（1,000円未満切捨て）で、それぞれ上限額20,000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がん治療に伴う脱毛または乳房の形の変化に対応するため医療用補正具を必要とし、それを購入した方

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

詳細はこちらから



■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23番1号 函館市総合保健センター内

TEL (0138) 32-1515