

対象者

<次のチェック全てに当てはまる方>

- ☐ 申請日において、大洲市に住民票がある
- ☐ がんと診断され、治療中または治療を受けた
- ☐ がん治療に起因する脱毛または乳房切除に伴い、ウィッグ・乳房補整具を購入した
- ☐ 国または県内外の自治体から同様の助成を受けたことがない

対象品

令和7年4月1日以降
に購入したウィッグ・乳房
補整具

助成額

購入費の1/2
(1,000円未満切捨て)

限度額

各3万円

- ・ウィッグ
- ・乳房補整具

申請書類

- ① 大洲市がん患者アピアランスケア支援
事業助成交付申請書兼請求書
(大洲市公式ホームページからダウンロード可)
- ② ウィッグ・乳房補整具を購入したことが
わかる領収書
※ 宛名、購入日、金額、品目名、領収書、
発行者の記載があるもの
- ③ がん治療が分かる書類(写し可)
※ 手術や抗がん剤治療などの同意書、
治療計画書、診断書など
- ④ 申請者の振込先がわかる通帳やキャッ
シュカードのコピー
- ⑤ 委任状
(対象者や法定代理人以外の方が申請す
る場合)

申請の流れ

- ① 事前に健康増進課へお問い合わせくだ
さい
↓
- ② 申請書類提出
↓
- ③ 決定通知書が届く
↓
- ④ 口座へ振り込み

注意事項

- 申請期限は購入日の翌日から1年以内
- 個数制限はありません。
1回にまとめて申請してください。
- 購入金額が上限に満たない場合でも
申請は、ウィッグと乳房補整具それぞ
れ1回限りです。

申請先および
問い合わせ先

大洲市健康増進課(大洲市保健センター)
☎0893-23-0310
〒795-0064 大洲市東大洲 270-1



(大洲市公式ホームページ)