



令和8年度南三陸町アピランスケア支援事業

医療用補正具購入費用の一部を助成します！

南三陸町ではがんに罹患された方がより良い社会生活を送っていただくよう、がん治療に伴い、購入した医療用補正具（医療用ウィッグ、乳房補正具）の購入費用の一部を助成します。

1 助成対象者（次のすべての要件を満たす方）

申請日時点で南三陸町に住民票がある方

- (1) がんと診断され、現に治療を受けている又は治療を受けた方
- (2) 南三陸町アピランスケア支援事業実施要綱及び他の法令等に基づく、同様の趣旨の助成金を受けていない方
- (3) 世帯の町民税所得割額の合計が 304,200 円未満の方
- (4) 町税に滞納がない方

2 対象となる医療用補正具の種類

令和8年4月1日以降に購入した医療用ウィッグ、乳房補正具

区分	対象となる種類
医療用ウィッグ	ウィッグ本体（装着時に皮膚を保護するためのネットを含む）
乳房補正具（右用）	人工乳房、補正パット、ニップル（直接肌に貼り付けて使用するもの）、これらを固定する下着
乳房補正具（左用）	

≪対象外経費≫ 以下に記載のものは助成の対象外となります。

医療用ウィッグ：ブラシやクリーナーなどのケア用品、医療用帽子、毛髪付き帽子

乳房補正具：乳房再建手術等により体内に埋め込まれたもの

補正具に附帯する附属品、消耗品等

その他：購入のために要した交通費、郵送費、手数料

3 助成金額

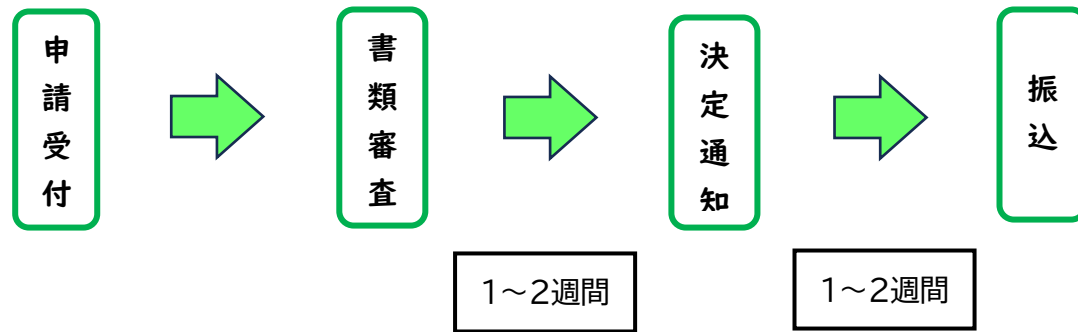
- ・購入費用（助成対象経費）については、消費税を含めます。
- ・助成対象費用の額又は助成上限額のいずれか少ない額となります。
- ・同一の対象者に対する助成は、1種類につき1回限りです。

区分	助成上限額
医療用ウィッグ	30,000円
乳房補正具（右用）	30,000円
乳房補正具（左用）	30,000円

4 申請期限

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで（必着）

5 申請の流れ



≪ 申請書提出先 ≫

① 直接持参する場合

総合ケアセンター南三陸内 保健福祉課健康増進係窓口までお願いします。

② 郵送する場合

郵便番号：986-0725

住 所：南三陸町志津川字沼田14番地3 総合ケアセンター南三陸内

宛 名：南三陸町保健福祉課健康増進係 宛て

6 申請に必要なもの

- ☐ 南三陸町アピアランスケア助成金交付申請書（様式第1号）
 - ☐ 南三陸町アピアランスケア助成金請求書（様式第4号）
 - ☐ 医療用ウィッグ・乳房補正具の購入に係る領収書の写し
（購入日時、品名、金額の記載があること）
 - ☐ がん治療を現に受けている又は治療を受けたことを証明する書類の写し
（例：治療説明書、診断書、治療方針計画書など治療内容を確認できる書類）
 - ☐ 対象者が町民であることが確認できる書類の写し
（例：住民票、運転免許証、保険証、マイナンバーカードなど）
 - ☐ 課税証明書（対象者及び対象者と同一世帯に属する者）
 - 申請日が4月～8月の場合 → 前年度の証明書
 - 申請日が9月～翌年3月の場合 → 現年度の証明書
- ※ 世帯の町民税所得割額が304,200円以上の場合、助成対象とはなりません。
- ☐ 完納証明書（対象者が町税に滞納がないことを証明するための書類）
 - ☐ 申請者名義の振込先口座が分かるもの（例：通帳、キャッシュカードなど）
 - ☐ 印鑑（申請書・請求書で修正があった場合に必要）

様式第1・4号は保健福祉課窓口にて配布、町のホームページにも掲載しています。

アピアランスケア助成に関する問い合わせ先
南三陸町保健福祉課健康増進係 電話：0226-46-5113

