



令和6年度 島根県がん患者社会参加応援事業補助金

～ ウィッグ・補整下着の購入経費補助 ～



島根県は、がん患者の皆様の就労等社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図るために、補整具の購入費用の一部を補助します。

1 対象となる補整具

令和6年4月1日から令和7年3月31日までに購入した以下の補整具

- ① ウィッグ（全頭用）、装着に必要な頭皮保護用のネット
- ② 補整下着、補正パッド、人工乳房、入浴着（バスタイムカバー）等の胸部補整具

2 補助額

購入経費の1/2

（上限2万円。千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）

- ※①ウィッグ等 ②補整下着等、それぞれ1回、購入経費の1/2（上限2万円。千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額）を補助します。

3 補助金の交付

次項の「補助の対象となる方」のために対象の補整具を購入した方（対象がん患者本人又は3親等以内の親族）に対し、予算の範囲内で補助金を交付します。

補助金の交付は、対象者1人当たり①ウィッグ等②補整下着等、それぞれ1回です。

4 補助の対象となる方

次の①～⑤のすべてに該当する方

- ① 島根県に住所を有している方
- ② がんと診断され、がん治療を受けた又は現に受けている方
- ③ がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除し、補整具を購入している方
- ④ 市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する方
- ⑤ 申請を行う補整具に対して、他の補助金等を受けていない方



6 申請期限

令和7年3月31日（消印有効）

※住民票など全ての書類が年度内の日付である必要がありますので、年度末に購入される場合はご注意ください。

7 交付までの流れ

- ・下記の【申請書の提出先】へ「島根県がん患者社会生参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書」及び「添付書類」を郵送または持参してください。県が申請書等を審査の上、補助金を交付する場合は交付決定通知書を郵送し、交付決定日から30日以内にご指定の口座へ振り込みます。振り込みは、申請書等に不備がなければ、書類が県に届いてから2～3ヶ月程度となります。
- ・交付できない場合は、その旨を文書でお知らせし、申請書類等はお返します。（申請書類等に不備があり、県から申請者への連絡が取れない又は県からの連絡に対し申請者の対応がない状態が、1ヶ月を越える場合等も含まれます。）

8 その他

- ・予算の範囲内での交付となりますので、諸要件を満たしていても交付ができない場合もあります。年度途中で補助額が予算額に達した場合は、島根県のホームページでお知らせします。

【 申請書の提出先・問合せ先 】

島根県 健康推進課 がん対策推進室

住所 〒690-8501 島根県松江市殿町1番地

電話 0852-22-5060

メール gantaisaku@pref.shimane.lg.jp

HP 「島根県 ウィッグ 補助」で検索してください。

「しまねのがんハンドブック～がん患者さんとご家族の療養情報～」を県のホームページに掲載していますので、ぜひご覧ください。 ※検索ワード「しまねのがんハンドブック」

- この補助金は「ふるさとを応援したい」という思いをお持ちの方が県に寄付された「ふるさと島根寄付金」を財源としています。
- ご感想などを寄せていただくと幸いです。ご感想を県のホームページ等で紹介するときは、個人が特定されないようにいたします。
- 県がアピアランス（外見）ケア講演会等を開催する場合は、ご案内させていただくことがありますが、ご案内は不要とのことでしたら、申請の際にでもお知らせください。
- 県がこの補助金に関するアンケートを実施する場合は、ご協力をお願いします。
- 県のホームページに補助金交付要綱とQ&Aを掲載していますので、ご確認ください。なお、Q&Aは随時更新します。

島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

島根県知事 様
〒 ー

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄：補助対象がん患者の _____)

電話番号 _____

(日中に連絡が取れる電話番号)

島根県がん患者社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

1 対象者 (がん患者)	氏 名	〒 ー
	住 所	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
2 対象経費	区 分 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ウィッグ（全頭用）（装着用のネットを含む） <input type="checkbox"/> 補整下着等
	購 入 日	年 月 日
	購入費用	円
3 交付申請額	※購入費用の1/2（千円未満切り捨て） 上限2万円	円
4 確認事項 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 過去にこの補助金（同一区分）を受けていない。 ※補助回数は1人1回です（ウィッグ、補整下着等それぞれ1回ずつです）。 <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具の購入に対して、他の助成を受けていない。	
5 添付書類 ※該当するものに☑をつけてください。 ※すべてコピーでもかまいません。	<input type="checkbox"/> 領収書等（あて名（氏名）、購入日、品名（例：ウィッグ全頭用）、金額、発行者名等） <input type="checkbox"/> 病名の分かる書類（氏名と確定された診断名の入った入院診療計画書など） <input type="checkbox"/> 【ウィッグ】脱毛の原因となった抗がん剤名や、放射線治療を受けたことが分かる書類（氏名の入った診療明細書、治療計画書など） <input type="checkbox"/> 【補整下着等】補整下着等が必要となった手術を受けたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の記載のある住民票（発行から3ヶ月以内であり、マイナンバーの記載が無いもの） <input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額を証する書類（義務教育終了前の者に係る分については省略できます）	

→ 裏 面 ^

6 振込先

該当するものに☑をつけてください。

- 通帳のコピーを同封します。
 次の欄に記入します。

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所		
口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座	3.貯蓄	4.その他
口座番号				
フリガナ				
口座名義				

【注意事項】

全ての項目を確認し、☑をつけてください。

※「島根県がん患者社会参加応援事業補助金 Q&A」もご覧ください。

<input type="checkbox"/> 記載漏れはありませんか。 ※「3 交付申請額」の欄も記載が必要です。	QA16 QA17
<input type="checkbox"/> 申請者、購入者（領収書のあて名）及び口座名義は同一ですか。 ※購入された方に補助金交付を行います。	QA13
<input type="checkbox"/> 領収書等は次の必要事項が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> あて名はフルネームですか。 <input type="checkbox"/> 購入した品名等が記載されていますか。 ※ウィッグの場合、全頭用（フルウィッグ）である旨等の記載が必要です。 <input type="checkbox"/> 金額に補助対象外品が含まれている場合、金額の内訳は記載されていますか。 ※補助対象額は本体価格（税込み）に限ります。 <input type="checkbox"/> 購入日、発行者名の記載はありますか。	QA18 QA22
<input type="checkbox"/> 病名の分かる書類に、がん患者様の氏名（フルネーム）及び確定された診断名は記載されていますか。 ※“がんの疑い”では診断が確定していませんのでご注意ください。	QA10 QA23
<input type="checkbox"/> 抗がん剤や放射線治療、手術に関する書類に、がん患者様の氏名（フルネーム）は記載されていますか。	QA24
<input type="checkbox"/> 住民票の最後に「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する」という旨の記載が入っていますか。 ※お一人世帯の方もこの記載のある住民票が必要です。	QA11 QA25 QA27
<input type="checkbox"/> 市町村民税（所得割）の課税年額を証する書類は、世帯全員分揃っていますか。 ※被扶養者の方もご提出が必要です。 ※課税年額が0円の方もご提出が必要です。	QA11 QA28
<input type="checkbox"/> 世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額の合計は235,000円未満ですか。 ※世帯合計額235,000円以上の場合は補助金を交付できません。	QA11 QA28

留意事項を記載していますので、申請の前にご覧ください。

島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

QA29

島根県知事 様
〒 -

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ (続柄：補助対象がん患者の _____)

QA13~15

電話番号 _____
(日中に連絡が取れる電話番号)

- ① 申請者 ②領収書のあて名
③ 振込口座の名義 は、全て同じ方です。

島根県がん患者社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

1 対象者 (がん患者)	氏名	〒 -
	住所	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
2 対象経費	区分 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ウィッグ (全頭用) (装着用のネットを含む) <input type="checkbox"/> 補整下着等
	購入日	年 月 日
	購入費用	円
3 交付申請額	※購入費用の1/2 (千円未満切り捨て) 上限2万円	円 QA16
4 確認事項 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 過去にこの補助金 (同一区分) を受けていない。 ※補助回数は1人1回です (ウィッグ、補整下着等それぞれ1回ずつです)。 <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具の購入に対して、他の助成を受けていない。	QA12, 17
5 添付書類 ※該当するものに☑をつけてください。 ※すべてコピーでもかまいません。	<input type="checkbox"/> 領収書等 (あて名 (氏名)、購入日、品名 (例: ウィッグ全頭用)、金額、発行者名等)	QA18~22
	<input type="checkbox"/> 病名の分かる書類 (氏名と確定された診断名の入った入院診療計画書など)	QA10, 23
	<input type="checkbox"/> 【ウィッグ】脱毛の原因となった抗がん剤名や、放射線治療を受けたことが分かる書類 (氏名の入った診療明細書、治療計画書など)	QA24
	<input type="checkbox"/> 【補整下着等】補整下着等が必要となった手術を受けたことが分かる書類	
	<input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の記載のある住民票 (発行から3ヶ月以内でありマイナンバーの記載が無いもの)	QA25~27
	<input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の市町村民税 (所得割) の課税年額を証する書類 (義務教育終了前の者に係る分については省略できます)	QA11, 26, 28

ウィッグと補整下着を同時に申請される場合は、申請書を2枚に分けて申請してください。

QA6~7

添付書類がそろっているか、必要な記載があるか、日付は年度内かなど、ご確認ください。

→ 裏面へ

6 振込先

該当するものに☑をつけてください。

- 通帳のコピーを同封します。
 次の欄に記入します。

① 申請者 ② 領収書のあて名

③ 振込口座の名義 は、全て同じ方です。

金融機関名	銀行・金庫
口座種別 ※該当するものに○印	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

コピーは、

「通帳の表紙」と「表紙を開いたページ」の両方が
該当しますが、

① 金融機関名 ② 支店名等 ③ 口座種別

④ 口座番号 ⑤ 口座名義 (カナ) が

すべて記載してあるか、確認してください。

【注意事項】

全ての項目を確認し、☑をつけてください。

※「島根県がん患者社会参加応援事業補助金Q&A」もご覧ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 記載漏れはありませんか。 ※「3 交付申請額」の欄も記載が必要です	QA16 QA17
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者、購入者（領収書のあて名）及び口座名義は同一ですか。 ※購入された方に補助金交付を行います。	QA13
<input checked="" type="checkbox"/> 領収証等は次の必要事項が記載されていますか。 <input checked="" type="checkbox"/> あて名はフルネームですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 購入した品名等が記載されていますか。 ※ウィッグの場合、全頭用(フルウィッグ)である旨等の記載が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 金額に補助対象外品が含まれている場合、金額の内訳は記載されていますか。 ※補助対象額は本体価格(税込み)に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 購入日、発行者名の記載はありますか。	QA18 QA22
<input checked="" type="checkbox"/> 病名の分かる書類に、がん患者様の氏名(フルネーム)及び <u>確定された診断名</u> が記載されていますか。 ※“がんの疑い”では <u>診断が確定していません</u> のでご注意ください。	QA10 QA23
<input checked="" type="checkbox"/> 抗がん剤や放射線治療、手術に関する書類に、がん患者様の氏名(フルネーム)は記載されていますか。	QA24
<input checked="" type="checkbox"/> 住民票の最後に「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する」という旨の記載が入っていますか。 ※お一人世帯の方もこの記載のある住民票が必要です。	QA11 QA25 QA27
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税(所得割)の課税年額を証する書類は、世帯全員分揃っていますか。 ※被扶養者の方もご提出が必要です。 ※課税年額が0円の方もご提出が必要です。	QA11 QA28
<input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員の市町村民税(所得割)の課税年額の合計は235,000円未満ですか。 ※世帯合計額235,000円以上の場合には補助金を交付できません。	QA11 QA28

※「がんの疑い」は「確定」ではないです。

ご提出の前に、申請書と添付書類を今一度ご確認ください。

(Q&Aもご覧ください。また、ご不明な点は電話でお問合せください。)

交付できない場合は、その旨を文書でお知らせし、申請書類等はお返しします。

(申請書類等に不備があり、県から申請者への連絡が取れない又は県からの連絡に対し申請者の対応がない状態が、1ヶ月を越える場合等も含まれます。)

返却後に申請のご希望がある場合は、改めて申請してください。

その際は、申請日、住民票などの日付にご注意ください。

島根県がん患者社会参加応援事業補助金 Q&A

No.	区分	質問	回答
1	対象経費	ウィッグについて、補助対象となるものは何ですか。	①全頭用ウィッグ、②ウィッグの装着に必要な頭皮保護用ネットが対象になります。 くしやクリーナー等の付属品は対象になりません。
2	対象経費	乳がん患者用のパッドや人工乳房など下着以外のものは対象になりますか。	はい。 乳房を切除され方の胸部を補整するものであれば対象となります。
3	対象経費	乳房切除後や乳房再建の術後に使用する、ブレストバンド（バストバンド）は対象になりますか。	いいえ。 傷の安静や固定を行うことがブレストバンド（バストバンド）の使用目的であり、外見変貌を補完するための補整具ではないため、助成の対象外となります。
4	対象経費	補助対象となる補整具は、1人1つですか？	いいえ。 購入される個数は問いませんので、複数でもかまいませんが、申請は1回にまとめて合計額で申請してください。 ただし、補助額は購入費の合計額の1/2の額（千円未満切り捨て）で上限2万円です。 また、申請と同じ年度内に購入した補整具が補助の対象です。
5	対象経費	いつ購入したものが対象になりますか。	申請と同じ年度内に購入したものが対象となります。 なお、添付書類の日付も申請と同じ年度内である必要がありますので、年度末に購入する場合はご注意ください。
6	回数	補助を受けられる回数は何回ですか？	補助対象は、①ウィッグ、②補整下着等の胸部補整具、それぞれ1人当たり1回です。

No.	区分	質問	回答
7	回数	過去にウィッグの補助を受けましたが、補整下着について申請できますか？	はい。 それぞれ1人当たり1回補助を受けることができます。 ①ウィッグの申請書と②補整下着の申請書の2枚に分けて、申請してください。
8	回数	過去にウィッグの補助を受けましたが、異なるがんにかかった場合や、再発・転移した場合には、再度ウィッグの補助が受けられますか？	いいえ。 補助が受けられるのは、①ウィッグ、②補整下着等の胸部補整具、それぞれ1人当たり1回です。
9	対象者	ウィッグについて、過去に受けたがん治療により現在脱毛している場合、補助対象者となりますか。	はい。治療を受けられた日は問いません。 現在、治療に伴う症状があり、申請と同じ年度内に購入したものが対象です。
10	対象者	「がんの疑い」による治療は対象になりますか。	いいえ。 がんと診断され、がん治療を受けた又は現に受けている方が対象となります。
11	対象者	市町村民税（所得割）課税年額235,000円未満の世帯の「世帯」は何の世帯ですか。	住民票上の同一世帯のことです。 添付書類として、がん患者を含む世帯全員の記載のある住民票（3ヶ月以内、マイナンバーの記載がないもの）が必要です。 住民票に関しては、Q & AのNo. 27をご確認ください。
12	対象者	「他の補助金等を受けていない」について、自分のかけている保険を使って購入した場合は、「補助金等を受けていない」と考えてよいですか。	いいえ。 保険の適用がある場合は、対象外です。
13	申請者	がん患者の親が補整具を購入した場合、親は補助を受けられますか。	はい。 補助金は、①対象となるがん患者、②対象となるがん患者の3親等以内の親族に交付できます。 このご質問の場合は、親が申請者となり申請します。 また、振込口座は申請者名義の口座となります。

No.	区分	質問	回答
14	申請者	がん患者である母のウィッグを子どもである自分と弟がそれぞれ購入した場合、自分と弟のそれぞれが補助を受けられますか。	いいえ。 補助は、対象となるがん患者1人当たり1回です。
15	申請者	申請書兼実績報告書に押印は必要ですか。	押印の有無は問いません。 (押印があってもなくても、かまいません。)
16	申請者	申請書兼実績報告書の「3 交付申請額」は空欄でいいですか。	いいえ。 購入費用の半額(千円未満切り捨て)(上限20,000円)を記載していただく必要があります。 例) 購入費用10,000円の場合 → 交付申請額 5,000円 購入費用35,000円の場合 → 交付申請額17,000円 購入費用80,000円の場合 → 交付申請額20,000円
17	申請者	申請書兼実績報告書の「4 確認事項 □申請にかかる補整具の購入に対して、他の助成を受けていない。」について、ウィッグを購入した場合は関係ないと考えていいですか。	いいえ。 「補整具」とは、①ウィッグと②補整下着等のことです。①ウィッグを購入した方も②補整下着等を購入した方もご確認ください。
18	添付書類	領収書に必要な記載はなんですか。	次の記載が必要です。 ・あて名(フルネーム) ・購入日 ・購入金額 ・金額の内訳(品名等。ウィッグであれば全頭用である旨等) ・領収書発行者の名称等 レシートタイプの領収書にも、あて名の記載が必要です。領収書発行時に空いたスペースに記載してもらってください。
19	添付書類	領収書に金額の内訳がない場合はどうしたらよいですか。	金額の内訳がない場合は、レシートや領収書内訳書、カタログなど、購入内容が確認できるものを提出してください。 提出された書類で購入内容が確認できない場合などは、電話で聞き取りをする場合がありますので、申請書には、日中連絡の取れる電話番号を記載してください。
20	添付書類	クレジットカードやインターネットで購入して領収書がない場合はどうしたらよいですか。	まずは、購入店に領収書の発行を依頼してください。 領収書の発行が難しい場合は、購入にかかったクレジットカードの明細書類の写し等をご提出ください(領収書と同等の内容の記載が必要です)。 なお、納品書は不可です。

No.	区分	質問	回答
21	添付書類	インターネットで購入した場合、送料や手数料は補助対象額に含まれますか。	いいえ。 補助対象額は、本体価格（消費税を含む）に限ります。
22	添付書類	ポイントを利用して購入した場合、利用したポイント相当額は補助対象となりますか。	いいえ。 ポイント利用分は割引として扱いますので、補助対象額に含まれません。
23	添付書類	「病名の分かる書類」とはどのような書類ですか。	がん患者の氏名（フルネーム）と確定された診断名の記載が必要です。 入院診療計画書や化学療法（薬物）説明書、病理診断報告書などが考えられます。 「がんの疑い」では診断が確定されていないのでご注意ください。
24	添付書類	ウィッグの「脱毛の原因となった抗がん剤を処方されたことや、放射線治療を受けたことが分かる書類」とはどのような書類ですか。	がん患者の氏名（フルネーム）と薬剤名等の記載された書類です。 医療機関が発行する領収書の診療明細書、入院診療計画書、化学療法（薬物）説明書などが考えられます。
25	添付書類	年度初めに購入しましたが、住民票は3ヶ月以内であれば前年度のものでもよいですか。	いいえ。 住民票は4月1日以降の新年度のものである必要があります。 病気や治療に関する書類等は前年度のものでもかまいません。
26	添付書類	年度末に購入しましたが、住民票などは翌年度のものでもよいですか。	いいえ。 全ての書類が年度内である必要があります。 年度末に購入する場合はご注意ください。

No.	区分	質問	回答
27	添付書類	世帯全員の記載のある住民票とは、 どういうものですか。	世帯全員の課税年額を確認するため同一世帯の方が分かる必要がありますので、お一人ずつの住民票ではなく、同一世帯の皆様分がまとめて記載してあるものをご提出ください。 住民票の最後に「世帯全員の住民票の原本と相違ないことを証明する」旨の記載のあるものです。 お一人世帯の方も、この記載の入った住民票をご提出ください。 住民票を取得される際に、市町村役場の窓口でご確認されることをお勧めします。
28	添付書類	「がん患者を含む世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額を証する書類」には、どういうものがありますか？	納税通知書や市町村役場で取得していただく課税証明書等があります。 納税通知書の場合、氏名及び市町村民税（所得割）の年間の額が分かる部分をご提出ください。 所得証明書では課税額が分かりませんので、ご注意ください。 市町村役場の窓口でご確認されることをお勧めします。
29	申請	いつまでに申請すればよいですか。	購入した年度の末日までです。 ただし、補助は予算の範囲内での交付となりますので、対象の方であっても補助ができない場合があります。 年度途中で補助額が予算額に達した場合は、県のホームページでお知らせします。
30	申請	交付できない旨の文書と共に申請した書類が返ってきました。 再度、申請するにはどうしたらいいですか。	交付できない場合は、その旨を文書でお知らせし、申請書類等はお返しします。（申請書類等に不備があり、県から申請者への連絡が取れない又は県からの連絡に対し申請者の対応がない状態が、1ヶ月を越える場合等も含まれます。） 返却後に申請のご希望がある場合は、改めて申請してください。その際は、申請日、住民票の日付にご注意ください。 申請書類等をご提出の前に、書類を今一度ご確認ください。（Q&Aもご覧ください。また、ご不明な点は電話でお問合せください。）
31	交付	申請から補助金の交付まではどれくらいかかりますか。	申請書と添付書類に不備がなければ、2～3ヶ月程度となります。 交付する場合は交付決定通知をお送りし、交付決定日から30日以内に振り込みます。 交付できない場合は、その旨を文書でお知らせし、申請書類等はお返しします。