



世田谷区
SETAGAYA CITY

がん患者
ウィッグ・胸部補整具
購入費用等助成事業が
リニューアル

令和8年
1月から

- 対象者と対象品目が拡充されます！
- 1申請あたりの個数制限がなくなります！

がん患者等 アピアランスケア費用 助成事業のご案内

対象品の購入
またはレンタルに
かかった費用

10万円 上限

お一人につき生涯で2回まで

アピアランスケアとは、がん治療や疾病、外傷により外見が変化しても、
自分らしく社会生活が送れるように支援することです。

世田谷区では、アピアランスケア用品を必要とする方に、その購入費用等を助成します！

助成対象品

装着用ネット、クリップ含む

ウィッグ

帽子

人工乳房

補整下着

弾性着衣

エビテーゼ

頭皮冷却用キャップ

冷却用グローブ・ソックス

※付属品やケア用品、他の給付制度や助成の対象となるものは対象外です。

助成対象者

- 1 世田谷区に住所を有し、
- 2 以下により脱毛や乳房の切除等をされた方
 - がんなどの治療の影響によるもの
 - 外傷によるもの
 - 脱毛症によるもの（加齢によるものを除く）

申請期限

助成対象品を購入またはレンタルの
支払いが完了した日から1年以内

※ただし、レンタルの場合は令和5年4月1日以降に契約をしたものに限りです。

申請に必要な書類

※詳細は裏面に記載

- 1 世田谷区がん患者等アピアランスケア費用助成金
交付申請書兼請求書
- 2 がんなどの治療や疾病、外傷を証明する書類
- 3 領収書等の原本

お問い合わせ・申請

世田谷保健所健康企画課 〒154-0017 世田谷区世田谷4-24-1(城山分庁舎)

TEL 03-5432-2447 FAX 03-5432-3019

(FAXはお問い合わせ専用です。)

詳細は世田谷区
ホームページを
ご確認ください。

詳細はこちらから



性別・年齢を
問わず相談
できます！



世田谷区のがん相談では、
自分らしく療養するお手伝いをしています！

がんで療養中の方またはその家族の方等、
どなたかが世田谷区民であればご利用できます！

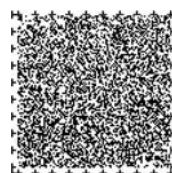
「がん治療で髪が抜けると言われました」「脱毛やむくみで仕事や外出が心配です」
「がん治療やウィッグ、補整下着、その他助成対象品に関する情報がほしい」など
そんな時は一人で抱えずお気軽にご相談ください。

世田谷区保健センター「こころとからだの保健室ポルタ」では、ウィッグ
の見本や、がんに関する書籍等が閲覧できる「がん情報コーナー」を
開設し、予約不要の一次相談を実施しています。
(平日午前9時から午後5時まで)

※一次相談のほか、対面・オンライン相談、電話相談、就労相談などもあります(相談無料)。
詳しくは世田谷区保健センターのホームページでご確認ください。

公益財団法人世田谷区保健センター 〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

お問い合わせ専用電話 03-6265-7414 ※相談用の番号ではありません



上のマークは目の不自由な方
のための「音声コード」です。

申請できる方

1 助成対象者(患者本人)

2 助成対象者(患者本人)と同一世帯の方

手続きの流れ

STEP
01

対象品の **購入・支払い** が完了してから申請をすることができます。

STEP
02

申請に必要な書類をご用意ください。

世田谷区がん患者等
アピアランスケア費用
助成金交付
申請書兼請求書

申請に必要な書類は、世田谷区ホームページからダウンロードできます。

または、下記の「お問い合わせ・申請」先にお電話いただき、お取り寄せください。



02

がんなどの
治療や疾病、
外傷の証明書類

以下の内容が確認できる書類をご提出ください。(コピー可)

・ウィッグ、帽子の場合

(1)がんの治療を受けた方:脱毛の副作用がある抗がん剤の名称、頭部への放射線治療の記載

例:診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書

(2)疾病や外傷で脱毛された方:脱毛の原因となった疾病・外傷

例:医師の意見書、診断書、治療方針計画書

・人工乳房、補整下着、弾性着衣の場合

手術による乳房やリンパ節の切除の記載

例:診療明細書、治療方針計画書

・エピテーゼ(人工乳房以外)の場合

エピテーゼを使用する部位の欠損の原因となった外傷等

例:診療明細書、診断書

・頭皮冷却用キャップ、冷却用グローブ・ソックスの場合

脱毛あるいは手足のしびれの副作用がある抗がん剤の名称

例:診療明細書、お薬手帳

※お持ちの書類で必要な内容を証明できない場合は、「世田谷区がん患者等アピアランスケア費用助成に関する医師の意見書」をご提出ください。(作成にかかる費用は助成対象外です。)世田谷区ホームページに様式を掲載しています。

03

領収書等の原本

以下の5点の記載が必要です。

① 宛名(申請者または助成対象者の氏名(フルネーム)) ② 購入日

③ 金額 ④ 購入品名または金額内訳 ⑤ 購入元の住所・名称

※ レンタルの場合は、レンタル開始日(契約日)がわかる書類もご提出ください。

STEP
03

必要書類を下記「お問い合わせ・申請」先までご郵送いただくか、窓口までご持参ください。

STEP
04

書類を審査し、助成交付決定(または不決定)をします。

注意
事項

※助成対象者お一人につき、世田谷区その他東京都内自治体を含め、生涯で2回まで交付を受けることができます。申請書の「過去の助成歴」にご記載ください。

※1回の申請につき、申請期限内であれば個数の制限はありません。ただし、上限金額は10万円です。

Q & A 制度に関するQ & Aは世田谷区ホームページに記載しています。

お問い合わせ・申請

世田谷保健所健康企画課 〒154-0017世田谷区世田谷4-24-1(城山分庁舎)

TEL 03-5432-2447 FAX 03-5432-3019 (FAXはお問い合わせ専用です。)

