

## 5. こどものための医療用ウィッグ購入費等を助成します

本市では今年度から、がんや他の疾患等の影響による脱毛症状を抱える小中高生等に対して、医療用ウィッグの購入等にかかる費用の助成を開始しています。

この助成により、脱毛症状を抱える小中高生等の経済的負担及び学校生活等における心理的負担の軽減につなげていきます。

- 対象者** 申請日時点で大分市に住民登録がある小学1年生から18歳の年度末までの小中高生等<sup>\*</sup>で、がんまたはがん以外の疾患（先天的なものも含む）、外傷などの影響による脱毛症状のため、医療用ウィッグ等を購入またはリースし装着する方  
※満6歳に達した日の翌日以後における最初の4月1日から満18歳に達した日以後の最初の3月31日までの間にある者
- 助成対象物** 医療用ウィッグ（全頭用に限る）  
頭皮保護用ネット  
ケア帽子  
※令和6年4月1日以降に購入またはリースしたもの。  
※医療機関の証明書作成料も助成対象とする。
- 助成金額** 助成対象物の購入またはリースにかかる費用の2分の1  
（1円未満切り捨て）  
※上限金額5万円
- 助成回数** 毎年度1回まで（最大12回）  
※年度内に複数の対象物を購入した場合、まとめて1回で申請。
- 申請期限** 購入日（リース代金支払日）の属する年度の末日
- 申請場所** 大分市保健所健康課  
受付時間：平日 午前8時30分～午後5時15分（年末年始を除く）
- 予算額** 医療用ウィッグ等助成金 150万円（令和6年度）

小学生～18歳の方と保護者の方へ

# 大分市こどものための医療用ウィッグ 購入費等助成事業のお知らせ

大分市では、脱毛症状による外見変貌に悩む子どもを抱える家庭の経済的負担の軽減、子ども自身の身体的、精神的負担や社会生活への不安を和らげるため、医療用ウィッグの購入費等を補助します。

## 対象となるもの 令和6年4月1日以降に購入またはリースしたもの

- 医療用ウィッグ（全頭用に限る） ※ケア用品（消耗品、スタンド、ブラシ等）は対象外。
- 頭皮保護用ネット
- 毛付き帽子またはケア帽子等
- 第2号様式「大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業医療機関受診証明書」の発行にかかる文書料



※対象となるかご不明な場合は、購入前にお問い合わせ先までご相談ください。

## 対象者 次の全てに該当する方

- 申請日時点で大分市に住民票がある方（ウィッグ等を装着する方又は保護者（法定代理人）のいずれか）
- 小学1年生～18歳までの方
- 脱毛等の理由により医療用ウィッグ等を購入・リースした方

## 助成金額

上記の対象となるものにかかる費用の2分の1（1円未満切り捨て）

上限5万円

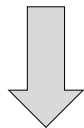
※年度内に1回まで。複数の対象物を購入した場合は、まとめて1回で申請してください。

## 申請期限

購入日（リース代金支払日）の属する年度の末日

## 申請から助成金交付までの流れ

- ①ウィッグ等の購入 またはリース お好きなウィッグを購入（リース）してください。  
購入（支払）時に必ず領収書を受け取ってください。

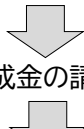


ウィッグ等購入（支払）日の属する年度の末日までに

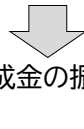
- ②助成金の申請 「必要書類」を揃えて「申請先」に提出してください。



- ③交付（不交付）決定通知書の送付



- ④助成金の請求



- ⑤助成金の振込

受理后1～2ヶ月程度



裏面もご覧ください

**申請方法** 下記の必要書類を揃えて申込先へご持参ください。

※助成対象者が未成年の場合は、保護者（法定代理人）を申請者としてください。

**【必要書類】**

書類名	注意事項など
①申請書	第1号様式「大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成金交付申請書」に必要事項を記載してください。
②領収書(ウィッグ等購入・リース分、 ※①発行分)	購入日(支払日)、品名、金額、購入者(支払者)氏名が確認できるもの。
③受診証明書	第2号様式「大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業医療機関受診証明書」の記入を受診医療機関に依頼してください。
④同意・誓約書	第3号様式「大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業の助成の申請に係る同意書及び誓約書」に申請者が記載してください。
⑤口座通帳等の写し	金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、名義人氏名のわかるもの

**【必要に応じて提出する書類】**

⑥全部事項証明(戸籍謄本)(原本)

別世帯等の理由により、住民基本台帳で申請者と助成対象者の関係が確認できない場合に必要。  
申請前3か月以内に発行されたもの。

**申請時の持参物**

- ・申請者の印鑑(記載事項について訂正等があった場合に必要。スタンプ印不可)
- ・申請者の本人確認ができる身分証(マイナンバーカード、運転免許証、保険証等)
- ・通帳等(申請者の名義のもの)

**申請先・お問い合わせ先**

**【受付場所】**

〒870-8506 大分市荷揚町6番1号 大分市保健所健康課 管理担当班

TEL:097-536-2562 FAX:097-532-3250

**【受付時間】**

平日 午前8時30分～午後5時15分(年末年始を除く)