

令和 8 年 7 月 17 日
健康づくり部健康推進課
0438-23-8376

がん患者等の負担軽減とQOL向上に向け、新たな2つの支援事業を開始します

木更津市では、がん患者及びその家族の心理的・身体的・経済的負担を軽減し、QOL（生活の質）の向上を図るため、8月1日より「がん患者アピアランスケア支援事業」及び「若年がん患者在宅療養支援事業」の2事業を新たに開始します。

がん治療に伴う外見の変化に対応するための補整具の購入費用や、若年末期がん患者の在宅療養に係る福祉サービス費用の一部を助成します。

1 がん患者アピアランスケア支援事業

概要	がん治療に起因する外見の変化を補完するために補整具等の購入またはレンタルする費用の一部を助成する
対象者	令和8年4月1日以降にがん治療に起因する外見の変化を補完するための補整具等を購入またはレンタルした者
対象補整具等	ウィッグ※ ¹ 、胸部補整具※ ² 、エピテーゼ※ ³
助成額	購入またはレンタルに要した費用 ただし、各上限は次のとおり ウィッグ3万円、胸部補整具2万円、エピテーゼ5万円
助成回数	各補整具等につき1回限り ※18歳到達年度までは毎年度1回
申請期限	購入から2年以内

2 若年がん患者在宅療養支援事業

概要	若年末期がん患者が在宅療養中に利用する福祉サービス等の費用の一部を助成する
対象者	医師の医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断した40歳未満のがん患者（事前に利用決定を受けた者）
対象サービス	訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与、福祉用具購入、医師意見書作成費用
助成額	1月あたりの利用料×9/10（上限5万4千円） ※生活保護受給者1月あたりの利用料×10/10（上限6万円）
申請期限	サービスを利用した日から1年以内

- ※1 がん治療に伴う副作用による脱毛に対処するために着用する物（その物を装着する際に頭皮を保護する目的で使用する頭用ネット及び毛付き帽子を含む。）をいう。
- ※2 外科的治療等により乳房の形状に変化が生じた場合にこれに対処するため、下着として使用する補整下着、補整パッドをいう。
- ※3 がん治療に伴う手術等により欠損し、又は変化した乳房、乳頭、鼻、耳その他の身体の部分について、その形状及び色調を再現し外観を補完するため、体表に装着する目的で個別に製作された人工物をいう。

木更津市 がん患者 アピランスケア支援事業のご案内

木更津市では、がん罹患された方の社会生活を支援することを目的として、ウィッグ・胸部補整具・エピテーゼの購入またはレンタル費用の一部を助成します。

対象者 次の1～3のすべてに該当する方

- 1 申請日時点で、木更津市に居住し、住民基本台帳に記載されている方
- 2 がんの治療を受けた方、または現在治療中の方で、治療に伴う外見の変化を補うため、補整具等を購入またはレンタルした方
- 3 過去に木更津市や他市町村等で同様の助成を受けていない方

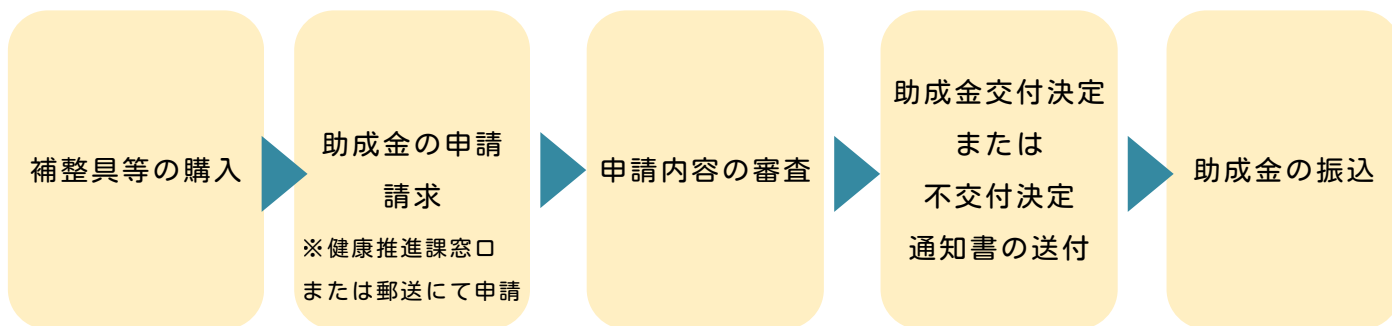
対象の補整具等と助成の上限額（※令和8年4月1日以降に購入等したもの）

ウィッグ	30,000円
胸部補整具	20,000円
エピテーゼ	50,000円

※各補整具ごとに1回まで（高校3年生までの方は年度ごとに1回）

※上限額または購入費用のうちいずれか少ない額を助成

申請から助成までの流れ



申請期限

対象の補整具等を購入した日またはレンタルを開始した日の翌日から2年以内

申請書類の詳細は裏面をご確認ください



※令和8年4月1日以降に購入・レンタルしたものが対象です

申請に必要な書類

- 1 木更津市がん患者アピアランス支援事業助成金交付申請書兼請求書（第1号様式）
※市ホームページよりダウンロード可
- 2 現在がんの治療を受けている または 過去に受けていたことを確認できる書類
※対象者氏名の記載がある、診断書・治療方針説明書・お薬手帳などの写し等
- 3 購入またはレンタル時の領収書の原本（下記内容がわかるもの）
①対象者の氏名 ②購入またはレンタル年月日 ③品名 ④金額
- 4 レンタルの場合、契約書の写し（下記内容がわかるもの）
①レンタルの内容 ②レンタルの期間 ③金額
- 5 振込口座が確認できる書類（通帳のコピーなど）
※申請者本人の口座

よくある質問

Q1 がんと診断されたのが2年前なのですが、申請できますか

A1 診断日にかかわらず、補整具等を購入した日・レンタル開始した日が2年以内であれば、申請できます。（ただし、令和8年4月1日以降に購入・レンタルしたものに限りません）

Q2 ウィッグや胸部補整具は医療用のものが対象ですか

A2 いいえ。医療用でなくても対象となります。

Q3 申請できる補整具等はそれぞれ一つまでですか

A3 いいえ。購入日が2年以内のものであれば、複数点でも対象になります。ただし、申請は補整具ごとに1回限りですので、まとめて申請をしてください。（ウィッグで1回申請したあと、胸部補整具でもう1回申請することは可能です）
また、複数購入の場合でも、助成対象額の上限は変わりません。

Q4 申請する金額は消費税込みですか。送料・手数料は助成対象になりますか

A4 消費税込みで申請してください。送料・手数料は助成対象になりません。

申請・問い合わせ先

〒292-8501 木更津市朝日3-8-1

木更津市役所 健康推進課

☎ 0438-23-8376

✉ kensui@city.kisarazu.lg.jp

市ホームページ
(R8年8月1日公開予定)
申請書類はこちらからダウンロードできます



木更津市 若年がん患者 在宅療養支援事業のご案内

木更津市では、40歳未満の若年がん患者の方が、住み慣れた自宅で、自分らしく安心して療養生活を送れるよう、在宅療養に必要なサービス等に要した費用の一部を助成します。

対象者 次の1～3のすべてに該当する方

- 1 木更津市に居住し、住民基本台帳に記載されている方（申請時及び利用時点）
- 2 在宅で療養されている40歳未満のがん患者の方
（他の事業において、同様の支援が受けることができない方）
- 3 医師が一般に認められている医学的治験に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断した方

サービス内容

各サービス利用料の9割相当額を助成します

生活保護受給者の方 → 全額助成します。月額上限60,000円、意見書作成費用は上限5,000円
（介護保険法に基づき、指定を受けた事業者のサービスに限ります）

サービス内容	補助上限額
訪問介護	54,000円／1ヶ月
訪問入浴介護	
※福祉用具の貸与・購入	
意見書作成費用	5,000円／1回限り ※上記54,000円に含みます

※ 福祉用具の貸与

付属品含む特殊寝台、床ずれ防止用具、付属品含む車いす、体位交換器、歩行器、歩行補助つえ
工事を伴わない手すり、スロープ、移動用リフト、自動排泄処理装置 ほか

※ 福祉用具の購入

腰掛便座、入浴補助用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具部分、自動排泄処理装置の交換可能部品
排泄予測支援機器

申請・問い合わせ先

〒292-8501 木更津市朝日3-8-1

木更津市役所 健康推進課

☎ 0438-23-8376

✉ kensui@city.kisarazu.lg.jp

利用の流れについては裏面をご確認ください

申請の流れ

1

利用の申請

以下の書類を健康推進課にご提出ください（郵送可）

※利用の申請前に利用したサービスにかかる費用については、助成の対象にはなりませんのでご注意ください

- ①木更津市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（第1号様式）
- ②助成対象者と受任者の本人確認書類及び続柄のわかる書類
- ③医師の意見書（第2号様式）

2

利用決定

申請内容を審査し、利用承認通知書（または不承認通知書）を郵送します

3

サービスの利用

利用者は、サービス提供事業者等と必要に応じ契約を行い、利用を開始してください
※費用は、一旦全額自己負担となります

4

在宅療養費助成の申請

以下の書類を健康推進課にご提出ください（郵送可）

請求書は、1か月分ごとに作成が必要ですが、複数月分をまとめて提出していただくこともできます

- ①木更津市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書（第7号様式）
- ②在宅療養サービスに係る領収書等（支払いが確認できる書類）
- ③サービス利用明細書の写し（利用内容・金額が確認できるもの）
- ④振込先が確認できるものの写し

申請期限 サービスを利用した月の翌月1日から1年以内です

5

助成決定の通知

申請内容を審査し、助成金交付決定通知書（または不交付決定通知書）を郵送します

6

助成費の支払い

助成決定後、指定口座に助成金を振り込みます



お願い

申請内容の変更や対象者に該当しなくなった場合、サービスの利用をやめた場合は、速やかに届け出てください

市ホームページ
（令和8年8月1日公開予定）
申請書類等はここからダウンロードできます

