

和泉市こども医療用ウィッグ購入費等助成事業

和泉市では、脱毛症状による外見の変化に悩む子どもの身体的、精神的負担や不安を和らげるとともに、子どもを抱える家庭の経済的負担の軽減を目的として、ウィッグの購入費等の一部を助成します。

■ 助成を受けることができる人 (①～④のすべてに該当する人)

- ①和泉市内に住所を有する人
- ②小学校1年生～18歳までの人
(満6歳に達して最初の4月1日から18歳に到達する年度末まで申請可能)
- ③脱毛症状により医療用の全頭ウィッグを購入・リースした人
(令和7年4月1日以降に購入・リースしたものに限り)
- ④ほかに補助を受けていないこと

■ 助成内容・金額

下記の①②を合わせた費用総額の1/2(上限5万円まで助成)

① 医療用の全頭ウィッグ1台分の購入・リース費用

- ※ 2年ごとに1回 申請可能
- ※ 付属品やケア用品は対象外

② 診断書などの発行にかかる文書料

~~申請方法~~

申請書兼請求書に必要事項を記入し、下記の書類を添付し保健センターへご提出ください。

- ①和泉市こども医療用ウィッグ購入等費用補助金交付申請書兼請求書
- ②和泉市こども医療用ウィッグ購入等費用補助金のための診断書
又は脱毛症状を伴う疾病があることを証明する書類
(※助成対象者のフルネーム入りのものをご用意ください)
- ③ウィッグ購入・リースに係る領収書
(購入日・金額・品目・医療用の全頭ウィッグの記載があること) ※裏面もご参照ください

申請書は健康づくり推進室(保健センター)にあります。市ホームページからもダウンロードできます。

申請窓口・お問い合わせ先



和泉市 健康づくり推進室 健康増進担当
(庁舎第一分館 保健センター内)

〒594-0071 和泉市府中町四丁目11番23号

TEL: 0725-47-1551

<申請の留意事項>

◆Q&A

質 問	回 答
この制度は何回も利用できますか。	2 年ごとに 1 回申請ができます。
助成対象者が未成年（小学校1年生～17歳）の場合、申請方法は異なりますか。	法定代理人（父母など）を申請者としてご記入ください。 <u>申請者と口座名義人、領収書の宛名は同一者に限ります。</u>
助成対象となるのはどのようなウィッグですか。	対象となるのは医療用の全頭ウィッグです。付属品やケア用品等は対象外です。
複数のウィッグを購入した場合、合算した金額で助成を受けられますか。	ウィッグ 1 台分が助成対象となります。領収書は 1 台分の金額で発行してもらってください。
リースの場合、いつ申請すればいいですか。	リース期間が終了した後（リース代の支払いがすべて完了した後）に申請ください。

◆領収書について

領収書は原本の提出をお願いします。以下の記載があるかご確認ください。

- ・医療用、全頭ウィッグの記載
 - ・宛名（申請者のフルネーム）、品名、購入（リース）金額、購入日、領収書発行者の名称及び住所の記載
 - ・リースの場合、リース期間の記載
- （例 ただし、初期費用及び令和〇年〇月～〇月の医療用全頭ウィッグ リース金額として 等）

宛名（申請者のフルネーム）

の記載があること

〇〇 △△ 様

領収書

購入日の記載があること

（リースの場合、リース期間以降の日付）

〇〇年〇月〇日

金額 〇〇〇〇〇 円

領収いたしました。

ただし、医療用 全頭ウィッグ代購入金額として

ウィッグ 1 台分の金額

であること

〇〇町□ー△ー〇

（株）××ショップ

医療用・全頭ウィッグのみの記載

であること（付属品やケア用品等は対象外）

発行者の名称、住所

の記載があること