

三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業のご案内

三島市では、がんによる療養生活（終末期）で、対象者本人や支える家族のＱＯＬ向上の一端を担う在宅療養サービスについて、費用の一部を補助する事業を実施します。

1 対象になる方（以下の要件を全て満たす方）

- ① 申請時に三島市に住民登録がある方
- ② サービス利用時に 40 歳未満の方
- ③ がん治癒を目的とした治療を行わない方
（医師に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された方）
- ④ 納めるべき市税（市県民税）を完納している方

2 補助対象の内容

内 容	対象年齢	補助上限金額
居宅サービス	0-20 歳未満で「小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業」による補助を受けている方	45,000 円（月額）
居宅サービス	20-40 歳未満及び、 0-20 歳未満で上記に該当しない方	45,000 円（月額）
福祉用具貸与		27,000 円（月額）
福祉用具購入		45,000 円（1 人あたり）

サービス利用料の 1 割、及び上記表の補助上限額を超えた額については自己負担です。

※利用前または購入前に申請が必要です。申請前の利用または購入は補助の対象外です。

※サービス利用後、事業所からの請求に基づき全額支払いを行ってください。領収書をもとに利用料の自己負担分を除く補助額を指定口座に振り込みます。（償還払い）

※事業所が記入する書式があるため、通信販売等での購入は補助の対象となりません。

3 申請期限

サービス利用翌月 20 日まで（月ごとの申請）

4 申請に必要な書類等（ホームページからダウンロード可）

※事前にご連絡の上、窓口にご持参ください。申請時に記入していただく書類があります。

※申請に対象者本人以外の家族が来所の場合は、必ず委任状を持参して下さい。

【サービスを利用する前に申請するもの】

○三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書（様式第 1 号）

○終末期のがんであることが確認できる医師の意見書（様式第 2 号）

○補助対象者の納税証明書または非課税証明書（補助対象者が未成年の場合は親権者等のもの）
（証明日から 3 カ月以内のもの）※納税証明書はコンビニで交付できませんのでご注意ください。

○通帳の写し（振込を希望する金融機関の補助対象者本人の口座のもの。ただし補助対象者が未成年の場合は親権者等のもの）

○印鑑（スタンプ式でないもの）

【サービスを利用後に申請するもの】※次の 3 種類の様式を利用のあった翌月 20 日までに月ごと申請

○三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付請求書（様式第 4 号）

○三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第5号）

○サービスごとの領収書

5 申請先及び問い合わせ先

〒411-0832 三島市南二日町8番35号（三島市立保健センター）

三島市健康づくり課 成人保健係

電話：055-973-3700 FAX：055-976-8896

受付時間：午前9時～11時30分、午後1時～4時

Q&A

質 問	回 答
訪問介護における介護タクシーに係る費用はどのようなものになりますか	この制度において対象となるものは、介護タクシーの訪問介護員による <u>乗降介助を受ける</u> ことで発生する介護サービス費用のことになります。 ＊タクシー運賃は補助対象となりません。
福祉用具の貸与及び購入品目は決まっていますか	介護保険の福祉用具貸与及び購入の品目に準じます。
医師の意見書に係る負担は補助対象ですか	補助対象外です。本人負担となります。