

伊予市若年がん患者在宅療養支援事業

1.若年がん患者在宅療養支援事業とは

伊予市の若年がん患者が、自宅で安心して日常生活が送れるよう、がん患者及びその家族の負担軽減を図るため、がん患者の居宅サービス利用費の一部を助成します。

2.事業対象者は

次の(1)～(4)のいずれにも該当する方です。

(1)伊予市内に住所を有し、次の◆のいずれかに該当する方

◆利用申請時に20歳以上40歳未満の方

◆利用申請時に18歳以上20歳未満の方のうち、児童福祉法(昭和22年法律164号)に基づく小児慢性特定疾病医療費助成事業の認定を受けられない方

(2)一般に認められている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医師が判断したがん患者

(3)在宅療養上の生活支援又は介護が必要な方

(4)他の事業により、同様のサービスの利用を受けることができない方

3.対象サービスは

(1)訪問介護

(2)訪問入浴介護

(3)福祉用具貸与

対象品目	車椅子	手すり(工事を伴わないもの)
	車椅子付属品(電動補助装置等)	スロープ(工事を伴わないもの)
	特殊寝台	歩行器
	特殊寝台付属品(サイドレール等)	歩行補助つえ
	床ずれ防止用具	移動用リフト(つり具を除く)
	体位変換器	自動排泄処理装置

(4)特定福祉用具販売

対象品目	腰掛便座	簡易浴槽
	自動排泄処理装置の交換可能部品	移動用リフトのつり具の部分
	入浴補助用具	

4.助成額・助成上限は

対象サービス利用料(1か月上限6万円)の9割相当額を助成

(参考) 1か月当たりのサービス料上限 60,000円 × 0.9 = 54,000円を助成

※生活保護受給者は上限内の全額(10割)を助成

5. サービス提供事業者とは

介護保険法に基づく指定事業者の中から届出に応じて、本事業のサービス提供事業者を登録します(※届出は事業所毎に1枚必要です)。利用者自身が登録事業者の中から選定し、契約していただきます。

6. 申請及び助成金の支払方法は

(1) 申請

- ① 申請者: 対象となるがん患者及びその家族
- ② 申請書類: 申請書、意見書(主治医が記載したもの)

(2) 助成金の請求及び支払

申請者から委任を受けたサービス提供事業者からの請求により、市がサービス提供事業者に直接支払います。

7. 支援事業の有効期間は

(1) 始期

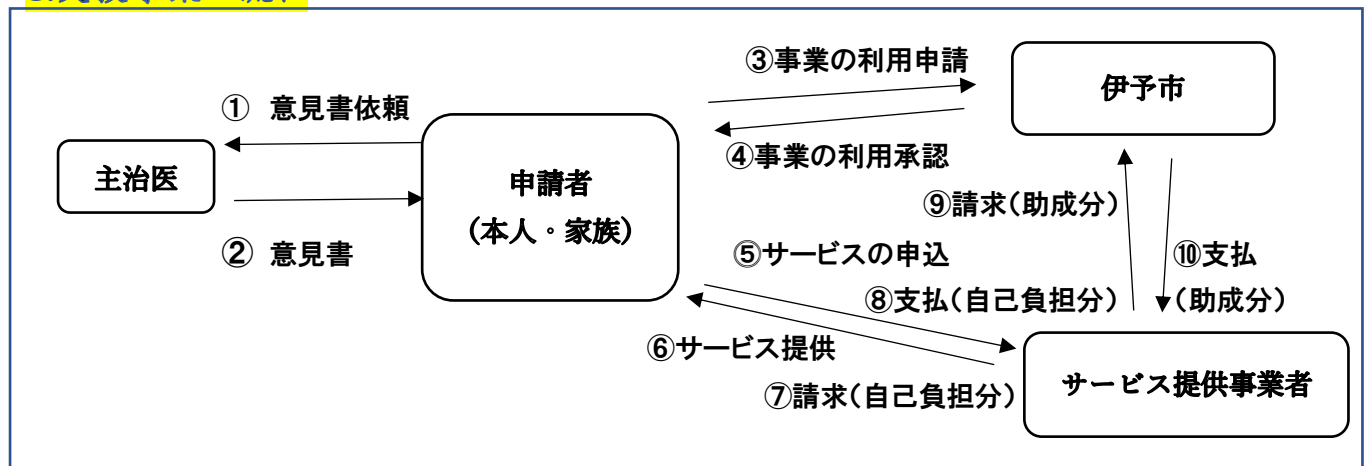
申請日以降のサービス利用開始(予定)日

(2) 終期

有効期間の始期から1年間又は対象者の40歳の誕生日の前々日まで

(有効期間満了日以降も本事業の対象となる場合は、再申請可)

8. 支援事業の流れ



8. 申請先・お問合せ先

伊予市健康増進課 伊予市保健センター

〒799-3127 伊予市尾崎3番地1 (伊予市総合保健福祉センター内1階)
TEL 089-983-4052 FAX 089-983-5295