

住み慣れた自宅で日常生活を送ることを望むがん患者さん・ご家族の方へ

在宅サービス利用等に必要な費用を助成します

磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業

【対象となる方】以下すべての要件を満たす方

- ・磐田市に住所がある方
- ・がんの治癒を目的とした治療を行わない 40 歳未満の方

【助成内容・金額】

下記の内容について、上限額まで助成します。

助成内容	助成の上限額
居宅サービス（訪問介護・訪問入浴介護等）	月額5万円※2
福祉用具貸与※1	月額3万円※2
福祉用具購入※1	1人5万円※2

※1 福祉用具貸与・購入については、20歳未満の方で磐田市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業にて給付を受けている場合は対象外です。

※2 助成の対象となる上限額内の1割及び上限を超えた金額は自己負担となります。

例1	例2
居宅サービス3万円、福祉用具貸与1万円を支払った場合	居宅サービス6万円を支払った場合
自己負担：3千円+1千円=4千円 助成額：2万7千円+9千円=3万6千円	自己負担：5千円+1万円=1万5千円 助成額：4万5千円

【申請の方法】

サービス利用を開始する前日までに、下記の書類をそろえ、健康増進課へ申請をしてください。（サービス利用者が未成年の場合、保護者の方が申請をしてください。）

※申請に必要な書類は健康増進課で受け取るまたは、ホームページよりダウンロードできます。

- ・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）
- ・小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書（様式第2号）

【請求の方法】

市からの利用決定通知後、利用月ごと翌月の20日までに下記の書類をそろえ健康増進課へ請求をしてください。

- ・小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書（様式第8号）
※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は通帳のコピー（口座情報の記載箇所）の提出もお願いします。
- ・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9号）
- ・サービスなどを受けた際の領収書

【サービス利用の変更・中止が生じた場合】

決定したサービスの内容を変更する必要があるときは、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書（様式第5号）を健康増進課へ提出してください。

【お問合せ】

磐田市健康増進課健康支援グループ（iプラザ3階）

住所：〒438-0077 磐田市国府台57番地7

電話：0538-37-2011

メール：kenko@city.iwata.lg.jp

ホームページ：[磐田市](#) 🔍 検索 ページ番号 1007570

磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援 申請に必要な書類

【利用申請時】

サービス利用を開始する前日までに、下記の書類をそろえ、健康増進課へ申請をしてください。

	書類名	注意事項など
<input type="checkbox"/>	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）	代筆も可能ですが、申請者はサービス利用者 本人としてください。 未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記 入をしてください。
<input type="checkbox"/>	小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関 する医師の意見書（様式第2号）	主治医に記入をしてもらってください。 記入に係る文書料は助成対象外です。

【請求時】

市からの利用決定通知後、利用月ごと翌月の20日までに下記の書類をそろえ健康増進課へ請求をしてください。

	書類名	注意事項など
<input type="checkbox"/>	小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業 助成金請求書（様式第8号）	代筆も可能ですが、請求者は利用者本人の名 前を記入してください。 利用者が未成年の場合、保護者の名前を記入 してください。 口座名義人が請求者でない場合は、委任状欄 への記入をお願いします。 ※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方 は通帳のコピー（口座情報の記載箇所）の提出 もお願いします。
<input type="checkbox"/>	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9号）	請求書とセットでの提出をお願いします。 所要額には、実際に支払った金額を記入して ください。
<input type="checkbox"/>	サービスなどを受けた際の領収書	原本をお持ちください。

【サービス利用の変更・中止が生じた場合】

決定したサービスの内容を変更する必要があるときは、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書（様式第5号）を健康増進課へ提出してください。

申請者はサービス利用者としてください。
未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記入をしてください。



様式第1号（第7条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

磐田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

在宅療養生活支援事業を利用したいので、磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり磐田市が必要な公簿の閲覧又は磐田市から医療機関及び事業所への照会することについて同意します。

ふりがな		生年月日	年	月	日
利用者氏名		年 齢			歳
住 所 電話番号					
家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備考（連絡先）	
主治医	医療機関名 医師名	電話番号			
利用開始予定日	令和 年 月 日	利用開始予定日は申請日の翌日以降の日付			
サービス内容	該当するサービス内容に○印を付けてください。 ■身体介護に関すること 1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護 ■生活援助に関する事こと 1 調理 2 生活必需品の買物 3 衣類の洗濯又は補修 4 住居等の清掃及び整理整頓 5 その他必要な家事 ■通院等乗降介助に関すること 1 通院、公共交通機関の利用等の援助 2 その他（ ） ■訪問入浴介護 ■福祉用具貸与（ ） ■福祉用具購入（ ）				
事業所名	訪問介護（ ） 訪問入浴介護（ ） 福祉用具貸与・購入（ ）				
公的制度受給状況	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による補助（有・無）				

サービス内容は利用予定のものすべてに○をつけてください。
事業所が決まっていない場合、事業所名は空欄でも可能です。

赤枠のみを記入してください。
請求者は利用者本人の名前を記入してください。
利用者が未成年の場合、保護者の名前を記入してください。

見本

様式第8号（第12条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

請求書の日付は空欄
でお願いします

令和 年 月 日

磐田市長 あて

住 所
請求者 氏 名
電話番号
利用者 氏 名

磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業（令和 年 月分）の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫	支店
口座の種類	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金の受領を

住 所
氏 名

に委任します。

令和 年 月 日

委任者

住 所
氏 名