

市川市

40歳未満の若年がん患者 在宅療養支援事業

のご案内



市川市では、40歳未満の若年がん患者の方が、
住み慣れた自宅で安心して療養生活を送ることができるよう、
在宅での療養に必要なサービス等にかかる費用の一部を補助します。

令和6年4月1日以降利用したサービス等が補助対象です

申請書類は、市公式Webサイトからダウンロードできます

市川市 若年がん患者在宅療養 補助金

検索

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/pub01/0000449093.html>



以下 ①～③ のすべてに該当する方

- ① 市川市内に住民登録があること
 - ② 40歳未満のがん患者
(医師が一般的に認められている医学的知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断した者に限る)
 - ③ 在宅療養されている方
- ※ 同様の制度(市川市地域生活支援事業・市川市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業など)の対象となる費用を除いた金額が補助対象となります。
- ※ 在宅療養時に利用したサービス等が対象となります。(入院期間は除く)

1か月あたりのサービス利用料の **9割** 相当額 を補助します。
(生活保護を受給している方は**10割** ※)

市川市からの補助額の上限は、原則として1か月あたり**5万4千円**です。
上限額を上回る利用料は、**全額利用者の負担**となります。

- ※ 生活保護を受給している方は、別途必要な書類がありますのでご相談ください。

サービス等を利用した月から **1年以内** です。

- ※ 事前確認の手続き済みである必要があります。

事前確認の手続き

- a 確認申出書 **様式第1号**
- b 医師の意見書 **様式第2号**

補助金の申請

- c 市川市若年がん患者在宅療養支援事補助金交付申請書兼請求書 **様式第4号**
- d 事業者が発行した領収書

申請書類は、下記宛先へ郵送または保健医療課(市川市役所第1庁舎)へご持参ください。

〒272-8501
千葉県市川市八幡1丁目1番1号
市川市 保健医療課 QOL担当

1 訪問介護（ホームヘルプ）

身体介護

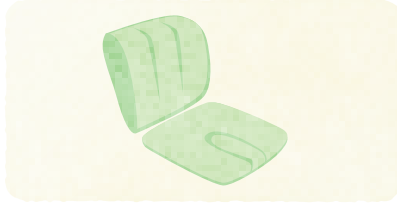
生活援助

2 訪問入浴介護

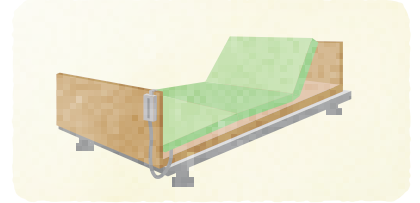
3 福祉用具貸与及び購入



車いす



車いす付属品



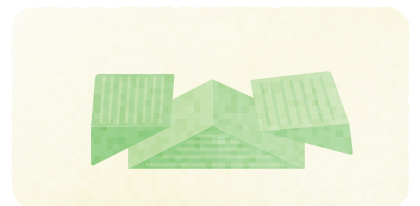
特殊寝台
(ベッド)



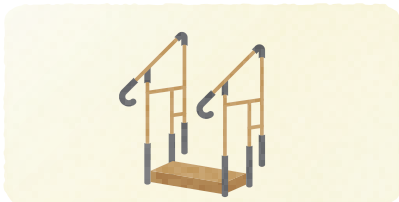
特殊寝台付属品
(マットレスなど)



床ずれ防止用具



体位変換器



手すり・スロープ
(工事不要のもの)



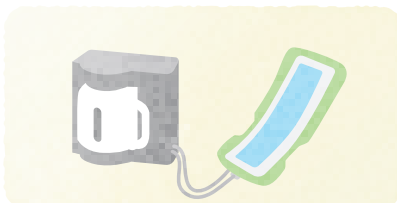
歩行器



歩行補助杖



移動用リフト
(つり具を除く)



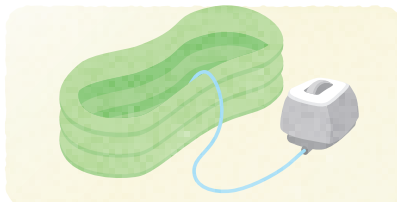
自動排泄処理装置



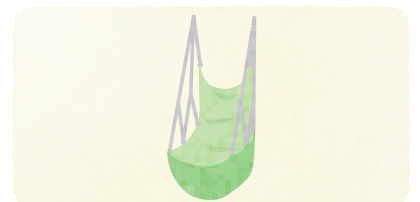
腰掛便座



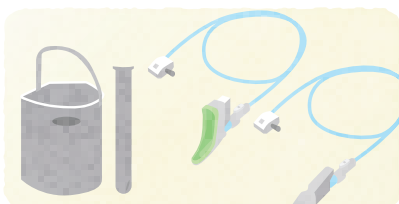
ポータブルトイレ



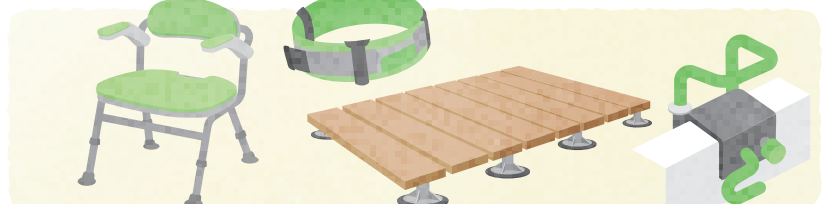
簡易浴槽



移動用リフトの
つり具の部分



自動排泄処理装置の
交換可能部品



入浴補助用具

対象サービス等

※ただし入院期間中は除く

※ 介護保険法第8条に基づく[訪問介護(第2項)]、[訪問入浴介護(第3項)]、[福祉用具貸与(第12項)]、[福祉用具購入(第13項)]が補助対象です。

補助金交付までの流れ

STEP

1

事前確認の手続き

書類 **a**・**b** を保健医療課へ提出

提出書類 **a** 確認申出書 様式第1号

b 医師の意見書(市の所定書式) 様式第2号

審査

市が内容を審査し、お知らせします。

STEP

2

サービス等の利用

利用者は、介護事業者等と契約を行い、サービスの利用を開始

- 確認申出書を提出した月から助成対象となります。(ただし入院中の期間は除く)
- 費用は、一旦全額自己負担となります。
- 支払い後、介護事業者等から領収書を必ず発行してもらってください。

領収書には、**A**～**E**の全ての記載が必要です

- A** 宛名(利用者のフルネーム)
- B** 領収書発行者の名称・住所
- C** 日付(サービス利用もしくは、購入の日付がわかること)
- D** 金額
- E** サービスの内容や商品名
(領収書に明細がない場合、別途明細書を提出してください)

| | |
|---------------|------------|
| 利用者情報 | 発行者名称 |
| _____ | _____ |
| _____ | 発行責任者 |
| _____ | _____ |
| 領収書 | |
| 令和6年4月1日 | |
| 令和〇年〇月 請求分 | |
| A 利用者名 | 〇〇 〇〇〇 様 |
| 金額 | ¥ 54,000 - |
| ご利用内容 | 金額 |
| 訪問介護 | 54,000 円 |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 合計 | 54,000 円 |

STEP

3

補助金の申請

書類 **c**・**d** を保健医療課へ提出

補助金の申請は1か月単位となります(複数月分を同時に提出可能です)

提出書類 **c** 市川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書 様式第4号

d 事業者が発行した領収書

補助金の交付

- 市で申請内容を審査し、申請者の方へ「交付可否決定通知」を郵送します。
- 指定された口座に補助金が振り込まれます。