

小児・若年がん患者の方のための 在宅療養生活支援事業のご案内

伊豆の国市では、がんの治癒を目的とした治療を行わない40歳未満のがん患者の方に対して、安心して自宅で療養生活が送れるように、在宅療養生活にかかる費用の一部を助成します。

1. 対象になる方

以下の①～③にすべてあてはまる方

- ①伊豆の国市に住所を有している方
- ②がんの治癒を目的とした治療を行わない方（終末期がん患者の方）
- ③対象のサービスを利用する時に40歳未満の方

2. 対象となるサービスと助成金額

対象となるサービスごとに助成上限額の範囲内で、かかった費用の10分の9を助成します。

対象となるサービス	助成上限金額	備考
居宅サービス※	45,000円（月額）	
福祉用具貸与	27,000円（月額）	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ない方
福祉用具購入	45,000円（1人あたり）	

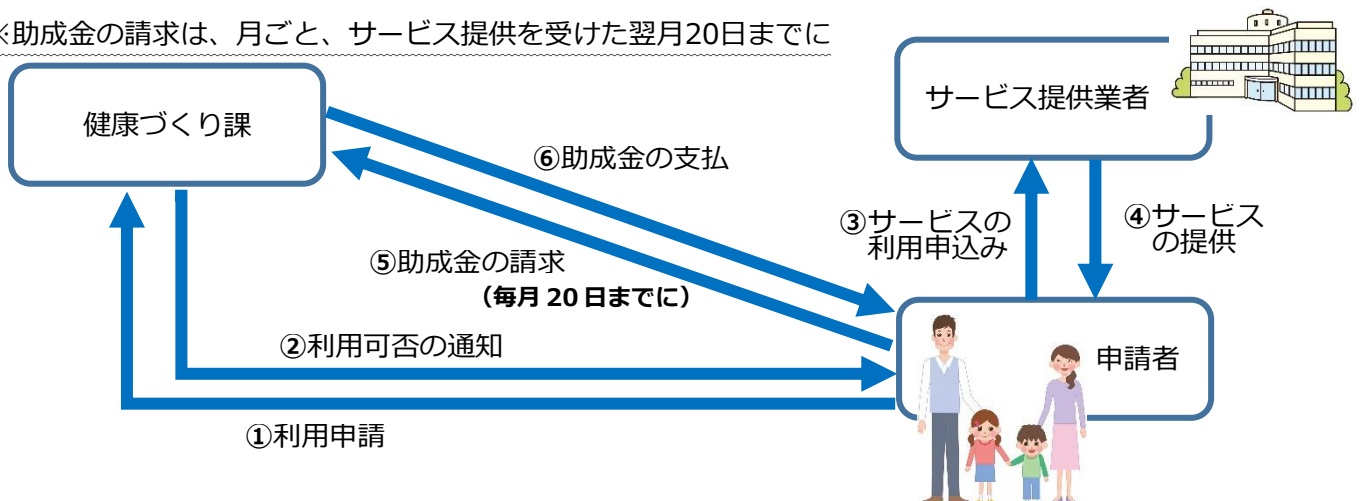
※居宅サービス・・・訪問介護、訪問入浴介護

訪問介護：自宅での入浴や排せつ、食事等の介護、その他日常生活上必要なこと

訪問入浴介護：自宅を訪問し、浴槽を提供して行う入浴

3. 手続きの流れ

※助成金の請求は、月ごと、サービス提供を受けた翌月20日までに



4. 利用申請時に必要な書類等

サービスを新規開始する場合

- ①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）
- ②医師の意見書（様式第2号）
- ③住民票の写し 注）発行から3ヶ月以内であり、マイナンバーの記載がないもの
※職員が住民基本台帳を閲覧することに同意する場合は省略可
※対象になる方が未成年の場合、申請者との続柄を記載したもの（裏面注意事項2参照）
- ④認め印
※書類に不備があった場合に使用します。

5. 助成金請求時に必要な書類等

サービスを利用後、助成金を請求する場合

- ①小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書（様式第7号）
- ②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8号）
- ③利用したサービスの領収書（原本）
※確認後、「確認印」を押印して返却します。
- ④振込を希望する口座の通帳等（金融機関名・支店名・口座番号がわかるもの）
- ⑤認め印
※書類に不備があった場合に使用します。

請求書はサービス利用後、
翌月 20 日までに提出

6. 利用サービス変更（廃止）時に必要な書類等

利用するサービスを変更する場合や利用そのものをやめる場合

- ①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4号）
- ②認め印
※書類に不備があった場合に使用します。

7. 提出先・問合せ先

伊豆の国市役所 健康づくり課（韮山福祉・保健センター内） 平日 8:30~17:15

住所 伊豆の国市四日町 3 0 2 - 1

電話 0 5 5 - 9 4 9 - 6 8 2 0

郵送不可

申請書類は、健康づくり課窓口または
伊豆の国市ホームページよりダウンロードできます。
<https://www.city.izunokuni.shizuoka.jp/>



* 注意事項

1. 住民票の写しを提出する際は、発行から3ヶ月以内で、マイナンバーの記載がないものを提出してください。
2. 対象者が未成年の場合、保護者が申請をしてください。また、続柄がわかる書類を必ず添付してください。ただし、同じ世帯で、保護者の方が世帯主の場合かつ職員が住民基本台帳を閲覧することに同意する場合は省略できます。

	申請者	対象者	閲覧の同意	続柄がわかる書類の省略の可否
例1	父（世帯主）	娘（子）	あり	省略可
例2	母（世帯主の妻）	娘（子）	あり	省略不可
例3	父（世帯主の子）	息子（子）	あり	省略不可
例4	父（世帯主）	息子（子）	なし	省略不可

