

泉佐野市がん患者在宅療養支援事業

泉佐野市では、40歳未満のがん患者の方が住み慣れた生活の場で安心して自分らしい生活が過ごせるよう、在宅サービス利用料の一部を助成(償還払)し、患者さんとその家族の負担を軽減します。

利用対象者

以下の全てに該当される方 ※所得制限はありません。

- 40歳未満の泉佐野市内に在住している方
- 医師が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判断し、在宅生活への支援及び介護が必要な方（医師から末期がんと診断された方）
- 他の公的制度において本事業と同等の助成または給付を受けることができない方

サービス内容

●訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが訪問し、日常生活の介護や家事援助を行います。

- ・身体介護（食事、清拭、入浴、排せつ、体位変換、移動、服薬等の介助）
- ・生活援助（調理、洗濯、掃除、買い物、衣服の整理、ベッドメイキング等の介助）
- ・通院、外出介助・訪問入浴介護など

●福祉用具の貸与

車いす(付属品含む)、特殊寝台(付属品含む)、床ずれ防止用具、体位変換器、歩行器、歩行補助杖、手すり(工事をともなわないもの)、スロープ(工事をともなわないもの)、移動用リフト(つり具の部分を除く)、自動排泄処理装置など

●福祉用具の購入

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

※上記以外のもので対象かどうか不明なものは、お問合せください。

サービス利用料と利用者負担

- 対象サービスの利用料と福祉用具貸与の支払合計金額(上限6万円/1ヶ月)の**9割相当額を助成**

(参考) 1か月あたりのサービス料などが上限の60,000円の場合は、54,000円を助成します。

- 福祉用具の購入費(上限10万円/全期間で1回限り)の**9割相当額を助成**

(参考) 全期間での購入金額が90,000円の場合は、81,000円を助成します。

※生活保護受給者は上限内の全額(10割)を助成

※ サービス利用料や購入費用は、いったん全額を自己負担していただき、市へ交付申請ののち、後日、助成額(9割相当)を助成します。

※ サービス利用上限額を超える利用料については、利用者の負担になります。

申請の流れ

必ず事前に利用申請してください。審査の結果、利用決定された場合は、利用申請日にさかのぼって助成対象となります。

1. 利用申請

申請書と医師意見書を健康推進課に提出してください（郵送可）

※申請者が利用者でない場合は、原則家族を代理人とした委任状の提出が必要です。

〈提出書類〉

- ① 泉佐野市がん患者在宅療養支援事業利用申請書
- ② 医師意見書 *医師意見書の作成料は、利用者負担となります。

2. 利用決定の通知

申請内容を審査し、申請者へ決定通知書にてお知らせします。なお、利用決定された場合、利用申請日にさかのぼって助成対象となります。

3. 訪問介護サービス、福祉用具貸与の利用、福祉用具の購入

介護サービス事業者と契約を行い、サービス利用などを開始してください。

4. サービス利用料の支払い

介護サービス事業者で請求された金額をいったん全額支払い、領収書とサービス内容・利用回数・金額が記載された明細書を必ず発行してもらってください。

5. サービス利用料の助成金交付申請

下記の書類を健康推進課へ提出してください。（郵送可）

〈提出書類〉

- ① 泉佐野市がん患者在宅療養支援助成金交付申請書（月単位で記入してください）
- ② サービス利用を受けた事業所や福祉用具購入の領収書
- ③ サービス利用を受けた事業所のサービス内容・回数・金額や福祉用具購入内容が記載された明細書
- ④ 振込先が確認できるもの（通帳、キャッシュカードなど。写し可）
- ⑤ 生活保護受給者は、受給証明書

*交付申請金額は、サービス利用料から自己負担の1割相当額（100円未満は切り捨て）を除いた額を申請してください。

*サービスを受けている期間中であっても、月単位で交付申請することもできます。

*交付申請は、サービスを利用した日の属する年度の末日までです。ただし、3月にサービスを利用した場合は、4月末日まで行うことができます。

6. 審査、申請者への支払い

申請内容を審査し、指定の口座に助成金を振り込みます。

《問合せ先》

〒598-8550 泉佐野市市場東1丁目1番1号

泉佐野市健康推進課

TEL072-463-1212（代）FAX072-461-4571

E-mail hoken-c@city.izumisano.lg.jp