

(表)  
意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>(宛先) 藤岡市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関住所 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名（自署） _____</p>			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

## 若年がん患者在宅療養支援事業概要

### 1. 趣旨

介護保険制度の対象とならない39歳以下の末期がん患者は、在宅療養に対する公的支援制度が限定的であり、在宅療養における本人及び家族の負担が大きいことから、在宅療養に係る経費の一部を県と市が助成する事業です。

### 2. 対象者（以下のすべての要件に該当する方）

- ・藤岡市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第5条の規定による申請の日において住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により市の住民基本台帳に記録されている方
- ・治癒を目的とした治療を行わないがん患者であって、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た方
- ・サービスの利用時において39歳以下である方
- ・利用するサービスについて他の公的支援制度を受給していない方

### 3. 支援する対象サービスと利用料の上限額

サービス	上限額
訪問介護（身体介護、生活援助及び通院等乗降介助）及び訪問入浴介護	月額5万円
福祉用具貸与	月額3万円
福祉用具購入	1人につき5万円
介護支援専門員による事業所の紹介・調整等	月額1万円