

# 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。 （※医師が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ものに限る）</p> <p>太田市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名（自署） _____</p>			

## 太田市若年がん患者の在宅療養支援事業助成金の概要

### 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に在宅療養に関わる経費の一部を群馬県と太田市で助成をします。

### 2 対象者(以下の①～⑤すべての要件に該当する方)

- ①太田市に住民登録がある
- ②サービス利用時に39歳以下(40歳に達する日の前日まで)である
- ③ 在宅療養上の生活支援又は介護が必要である
- ④ 他の公的支援を受けることができない
- ⑤ 末期がん患者(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者)である

### 3 支援する対象サービスと利用の上限額

※ただし、0～19歳で他の公的支援制度を受給していない場合は、20～39歳の欄に掲げるサービスを受給できます。

区分	対象サービス	上限額(利用者負担含む)
0～19歳	訪問介護及び訪問入浴介護	月額 50,000 円
	福祉用具貸与及び福祉用具購入	小児慢性特定疾病日常生活用具給付を利用可能
	介護支援専門員による事業所の紹介・調整	月額 10,000 円
20～39歳	訪問介護及び訪問入浴介護及び福祉用具貸与	月額 80,000 円
	福祉用具購入	50,000 円
	介護支援専門員による事業所の紹介・調整	月額 10,000 円