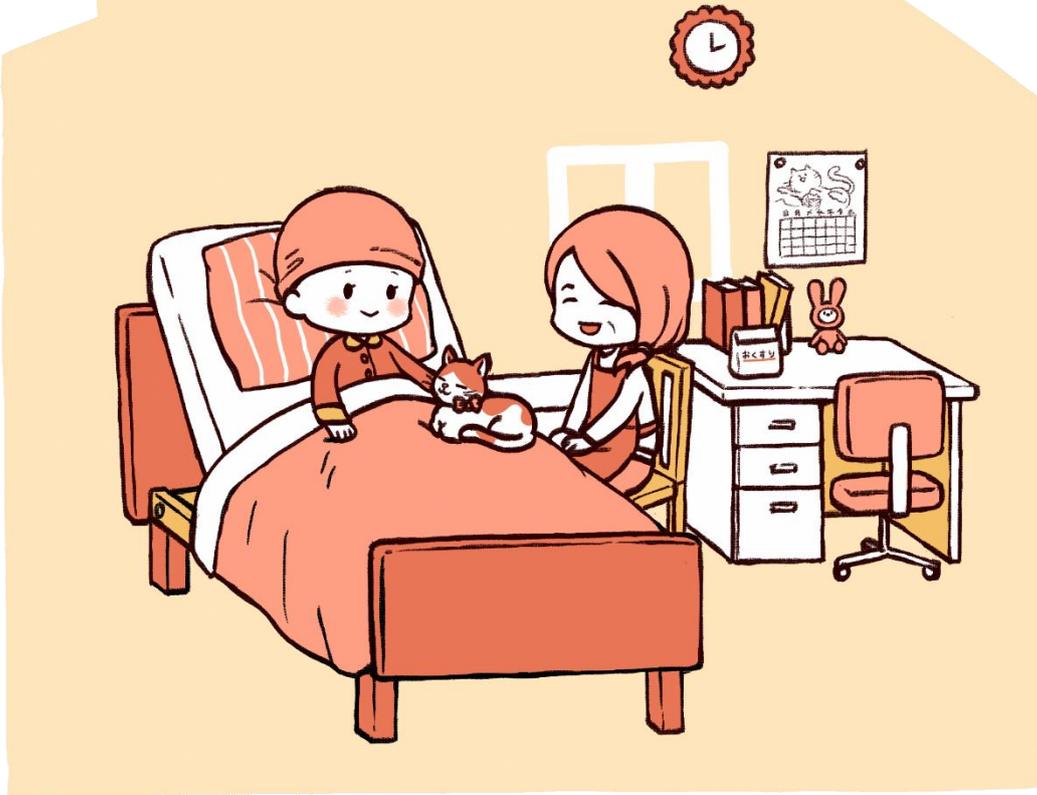


在宅療養支援事業



対象になる人

下記すべてに当てはまる人が対象です。

- 18歳以上40歳未満で、福知山市に住民票がある人
- 医師が医学的知見に基づき回復が難しいと判断されたがん患者の人
- 在宅療養生活への支援および介護が必要な人
- 過去に福知山市、または他の自治体において同様の支援を受けておられない人

助成対象サービス

①
訪問介護

②
訪問入浴
介護

③
福祉用具
貸与

④
福祉用具
購入

助成金額

対象サービス	サービス助成上限額
対象サービス①～③の合計金額	80,000円（1ヶ月） （助成上限額 72,000円）
対象サービス④の合計金額	100,000円（1回限り） （助成上限額 90,000円）

※サービス利用額の9割相当額を助成します。

※助成上限額を上回る利用料はご本人の負担となります。

利用のながれ

利用申請

申請者は必要書類をそろえ、郵送、または窓口にて提出してください。

【必要書類】

- 福知山市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書
- 福知山市若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書
- 申請者の本人確認書類

利用通知 決定

申請内容を審査し、該当と認められれば利用承認通知書を、非該当なら利用不承認通知書を送付されます。

サービスの 利用

サービス提携事業者との契約をし、サービス利用を開始してください。

※契約はご自身で行ってください。

※利用開始日は申請書を提出した日です。

利用料の 支払い

介護サービス事業者から請求のあった利用料を、利用者がいったん全額お支払いください。その際に領収書と、サービス内容・利用回数・金額等が記載された明細書を発行してもらってください。

助成金の 請求

必要書類を健康医療課に郵送、または窓口にて提出してください。

【必要書類】

- 福知山市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書
- 領収書・明細書
- 振込先がわかるもののコピー（通帳など）

助成金の 受け取り

請求内容を審査し、交付決定通知書または不交付決定通知書が送付されます。また、交付決定の場合は指定口座に助成金が支払われます。

申請先
・
問い合わせ

福知山市 健康医療課

〒620-8501

福知山市字内記(内記三丁目)13 番地の 1

TEL:23-2788 FAX:23-5998