

医師の意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			

上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。

中之条町長 様

年 月 日

医療機関住所 _____

医療機関名 _____

医師名（自署） _____

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。

（裏面）事業概要

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、在宅療養に係わる経費の一部を県と市町村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）

- ・事業実施市町村内に住所を有する方。
- ・対象サービス利用時に、**39歳以下**のがん患者（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方）であること。
ただし、利用者が、40歳に達する日の前日まで。
- ・他の公的支援制度を受給していないこと。

3. 支援する対象サービスと利用料の上限額

対象サービス	0～19歳	20～39歳
訪問介護 身体介護・生活援助 通院等乗降介助	50,000円/月	80,000円/月
訪問入浴介護		
福祉用具貸与	小児慢性特定疾病	50,000円/月
福祉用具購入	日常生活用具給付	
介護支援専門員による事業所の紹介・調整等にかかる費用	10,000円/月	

※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。