

若年がん患者生活支援事業

若年がん患者の在宅療養生活を支援し、患者とご家族の負担を軽減するため、サービス利用料の一部を助成します。

～助成内容～ ※サービスを受けた月の翌月20日までに請求してください。

<p>対象サービスの補助 利用したサービスの10分の9 (1月あたり上限54,000円)</p>	<p>★対象サービス</p> <ul style="list-style-type: none">・ 訪問介護・ 訪問入浴介護・ 福祉用具貸与・ 特定福祉用具購入
---	--

※ 10分の1は本人負担
※ 上限を超えた場合、超えた分は本人負担



★対象者

- ・ 申請時に宮古島市に住所を有する方
- ・ サービス利用時に20歳以上40歳未満の方
- ・ 18歳または19歳で、小児慢性特定疾患医療費の支給を受けていない方を含む
- ・ 居宅介護等の支援が必要な方
- ・ 他の制度によって同種の補助を受けることができない方

～申請時の必要書類～

- ①申請書(様式第1号)
- ②医師の意見書(様式第2号)
- ③現住所及び生年月日が確認できる書類
(住民票の写し、運転免許証の写し等)
- ④振込通帳の写し
- ⑤印鑑(認め印可) ※シャチハタ不可

詳細はお問い合わせください

宮古島市健康増進課(市役所1階)

TEL: 0980-73-1978