

小児・AYA世代

がん患者在宅療養生活支援事業のご案内

福岡市では、40歳未満のがん患者の方が住み慣れた自宅で安心して療養生活を送ることができるよう、在宅介護サービスにかかる利用料の一部を助成します。

※AYA（アヤ）世代：「Adolescent and Young Adult世代」の略。15～39歳の思春期・若年成人の世代を指します。

対象者

次のすべての要件に該当する方

- 40歳未満の福岡市民の方
- がん患者（介護保険における特定疾病としての「がん」の定義及び診断基準に該当する者）
- 在宅療養上の生活支援及び介護が必要な方
- 他の事業において同様のサービスの利用を受けない方

対象となるサービス

● 訪問介護

身体介護、生活援助、通院等乗降介助

● 訪問入浴介護

● 福祉用具の貸与・購入

車いす（付属品を含む）、特殊寝台（付属品を含む）、床ずれ防止用具、体位変換器、手すり（工事を伴わないもの）、スロープ（工事を伴わないもの）、歩行器、歩行補助つえ、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置、腰掛便座、入浴補助用具、簡易浴槽、排泄予測支援機器

助成額

- 1か月あたりのサービス利用料に対し、**上限6万円**を基準とし、サービス利用料の**9割相当額（最大5万4千円）**を助成します（生活保護世帯の方は10割相当額を助成）。
 - 助成額を上回る利用料等については、利用者ご本人の負担になります。
- ※まず利用者がサービス利用料の全額を事業者に支払い、その後、市が利用者へ助成金を支払います。

【申請書等の書類】

申請書等の書類は市ホームページに掲載、また、地域医療課（市役所12階）で配布しています。



スマホは
こちらから

・市ホームページ

https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/chiikiiryoy/health/gankanjya_zaitakuryouyouseikatusien.html

<お問い合わせ先・申請先>

福岡市保健医療局健康医療部地域医療課

〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1

TEL：092-711-4892 FAX：092-733-5535

E-mail：chiikiiryoy.PHB@city.fukuoka.lg.jp

申請から助成までの流れ

1. 利用申請

助成を希望する人はサービス開始前、またはサービス開始の翌日から30日以内に、次の書類を地域医療課に提出してください。（郵送可）

<提出書類>

- ①申請書
- ②医師の意見書（意見書の作成にかかる文書料は利用者負担になります。）
- ③利用予定者、申請者、受任者の本人確認書類（写し）

◆本人確認書類の例◆

- ・ 1点で確認できるもの：運転免許証、旅券（パスポート）、マイナンバーカード（顔写真がついている面）、障がい者手帳、住民基本台帳カード（写真付き）等

2. 利用決定の通知

申請内容を審査し適当と認めた場合は、利用決定通知書を送付します。

3. サービス利用料の支払い

利用決定者は、サービス提供事業者に請求された利用料を全額支払います。

4. 助成金の請求

助成対象経費をひと月ごとに取りまとめて、次の書類を地域医療課に提出してください。

複数月分をまとめて請求することもできます。（郵送可）

※利用者は、助成金の請求及び受領を、同居の親族、生計を同一とする者等に委任することが可能です。その際、委任についての申請が必要となります。

<提出書類>

- ①実績報告兼費用請求書
- ②サービス利用を受けた事業者の領収書の写し
- ③サービス内容・日時・回数・金額等が記載された明細書の写し
- ④通帳の写し（振込先が確認できるもの）※1回目の請求時のみ

5. 助成金の支払い

請求内容を審査し適当と認めた場合は、指定の口座に助成金を振り込みます。

6. 申請内容の変更や利用停止の手続き

利用決定後に、申請内容の変更や支援事業の利用停止をする場合は、次の書類を地域医療課に提出してください。（郵送可）

<提出書類>

- ①変更（廃止）届