

白河市在宅ターミナルケア 支援助成事業のご案内

白河市では、介護保険が適用されない世代のがん患者の方が、住み慣れた場所で安心して生活が送れるよう支援し、がん患者の方とご家族の負担を軽減させるために、在宅サービス費用の一部を助成します。

助成の対象となる方（1～3のすべてにあてはまる方）

- 1 白河市に住所を有する方
- 2 がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者の方（医師に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された方）
- 3 支援事業利用申請時の年齢が、満18歳以上40歳未満の方（18歳以上20歳未満の方で、小児慢性特定疾病医療費助成、その他の支援助成制度を受けている方を除く）

助成の対象となるサービス

- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 福祉用具貸与

- ・車いす（付属品含む）
- ・特殊寝台（付属品含む）
- ・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（つり具の部分を除く）
- ・自動排泄処理装置

- 福祉用具購入

- ・腰掛便座
- ・自動排泄処理装置の交換可能部品
- ・排泄予測支援機器
- ・入浴補助用具
- ・簡易浴槽
- ・移動用リフトのつり具の部分

助成金額

対象サービスの利用に要した費用の9割（生活保護の方は10割に相当する額）を助成します。助成金の上限額は、各対象サービスを合算し、1月あたり54,000円です。

例) 1か月で6万円相当の対象サービスを利用した場合
自己負担額（1割）6,000円、助成金（9割）54,000円

※上限額を上回る利用料については、自己負担となりますのでご注意ください。

利用の流れ

(1) 申請

下記の書類を郵送または直接提出してください。

- 1 白河市在宅ターミナルケア支援助成事業利用申請書（第1号様式）
- 2 医師の意見書（第2号様式）

※医師の意見書の作成料は、利用者負担となります。

(2) 利用決定の通知

市で申請内容を審査し、適当と認めた場合は、利用決定通知書を送付します。

(3) サービスの利用

サービス提供事業者との契約はご自身で行ってください。サービス提供事業者は、原則、介護保険法の規定に基づき指定を受けた事業者とします。

※サービス提供事業者から発行される領収書は、助成金の請求時に必要となるため、失くさずに保管してください。

(4) サービス利用料の支払い

償還払いと受領委任払いを選択できます。サービスを利用している期間中であっても、月単位で助成金の請求をすることができます。

○償還払いの場合

利用者の方が、サービス提供事業者から請求された額をいったん全額支払っていただき、市への請求後に、市から利用者に助成金を支払います。

○受領委任払いの場合

利用者の方が、サービス提供事業者に自己負担額（1割）を支払っていただき、助成金の請求及び受領に関する委任を受けたサービス提供事業者が、利用料から申請者が事業所等に支払った額を除いた利用料に相当する額を市に請求してください。市からサービス提供事業者に助成金を支払います。

(5) 助成金の請求

下記の書類を郵送または直接提出してください。

- 1 白河市在宅ターミナルケア支援助成事業助成金交付請求書（第8号様式）
- 2 サービス利用を受けた事業者からの領収書
- 3 サービスの内容・利用回数・金額が記載された利用明細書
- 4 委任状（受領委任払いの場合）

申請先・問い合わせ先

〒961-0054

福島県白河市北中川原 313 番地

白河市役所健康増進課予防管理係（白河中央保健センター）

TEL 0248-27-2112

ホームページから書類がダウンロードできます。

