

～はじめに～

このリーフレットは、お子様のご病気に関連した医療費の制度や経済的なご負担を軽減する助成金などの情報を中心に掲載しています。

お子様のご病気や治療のことで、様々なお気持ちやご心配があることと思いますが、このリーフレットの情報が少しでもお役に立てれば幸いです。

なお、制度や助成金については、お子様の状況や在住の地域により条件が異なる場合があります。「自分の子どもには該当するのか?」「何が利用できるのか?」などについては、各病院の相談窓口（小児がん相談支援室・相談室など）におたずねください。

なお、ここにかかれている情報は、2023年2月時点の情報になります。各制度の内容や条件が変更になる場合もありますので、ご利用される前に必ず担当の窓口へご確認いただくことをお勧めします。



2023年3月
神奈川県立こども医療センター
小児がん相談支援室



～もくじ～

【医療費に関する助成制度】

1. 小児慢性特定疾患医療費助成制度	3
2. 小児医療費助成制度	4
3. 高額療養費・限度額適用認定証	5
4. 育成医療費助成制度	6
5. 医療費控除	7
6. ひとり親医療費助成制度	8

【公的福祉制度】

1. 特別児童扶養手当	9
2. 障害児福祉手当	10

【助成金・奨学金など】

助成金

1. がんの子どもを守る会 療養援助	11
2. GRNひとり親世帯支援制度	12

交通費に関する助成

3. GRN小児がん交通費等補助金制度	13
---------------------	----

造血細胞移植に関連した助成

4. 公益財団法人日本骨髄バンク 患者負担金免除	14
5. 佐藤きちこ記念・造血細胞移植患者支援基金	15
6. 公益財団法人HLA研究所・淳彦基金	16

進学・就学に関する経験者向け奨学金

7. アフラック小児がん経験者奨学金制度	17
8. ゴールドリボン奨学金制度	18

その他の助成金など

9. 志村大輔基金	19
10. こうのとりマリーン基金	20
11. がん患者ウィッグ購入費助成制度	21

○神奈川県地域小児がん診療連携協議会など	22
----------------------	----

医療費に関する助成制度

1. 小児慢性特定疾病医療費助成制度

◆制度概要・対象

- ・治療期間が長く、医療費の自己負担が高額となることが予測されるお子さんの慢性疾患に対して、治療費の自己負担分を補助する制度です。入院時の食事代を含めた医療費の自己負担分が所得に応じた助成が受けられます。
- ・18歳未満の方(18歳以降も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の方も対象)で国の定める疾患に該当している方が対象です。

◆助成内容

- ・所得に応じた自己負担上限額あり(表1)

◆申請窓口

- ・お住まいの地域の福祉保健センター、保健センター、保健所など

※自治体により申請窓口が異なりますので、事前に行政のウェブサイト等でご確認ください。

◆申請方法

- ①主治医に当該制度の対象かをご確認の上、申請手続きを行ってください。
- ②各自治体の申請窓口にて、必要書類を準備ください。
- ③主治医へ意見書の依頼をしてください。
- ④医療意見書と必要書類を準備し申請窓口に提出します。

※申請から医療券の交付まで約2ヶ月かかりますが、申請が通れば申請日に遡って助成が受けられます。

※申請期間中の病院の支払いは、お住いの自治体や年齢によって「小児医療証」や「高額療養費限度額認定証」の制度を併用し、病院で支払う自己負担額を軽減することもできる可能性がありますので、各医療機関にてご確認ください。

表1：医療費自己負担上限額表(月額 単位:0円)

(令和5年2月現在)

階層区分		自己負担限度額(患者負担割合：2割、外来+入院)		
		一般	重症	人工呼吸器 装着者
生活保護			0	0
市町村民税が 非課税の世帯	低所得1(年収80万円以下)		1,250	500
	低所得2(年収80万円超)		2,500	
一般所得1 市町村民税7.1万円未満の世帯		5,000	2,500	
一般所得2 市町村民税7.1万円以上約25.1万円以上の世帯		10,000	5,000	
上位所得 市町村民税25.1万円以上の世帯		15,000	10,000	
入院時の食費		1/2 自己負担		

2. 小児医療費助成制度

◆制度概要・対象

- 健康保険に加入している乳幼児のお子さんが、病気やけがで医療を受ける場合に、医療保険の自己負担分を助成する制度です。
- どの自治体でも、1歳までは医療保険が適用となる治療費の自己負担分を無料で受けることができます。
- 1歳以降は、年齢や助成内容が自治体により異なりますので、お住まいの市区町村にてご確認ください。

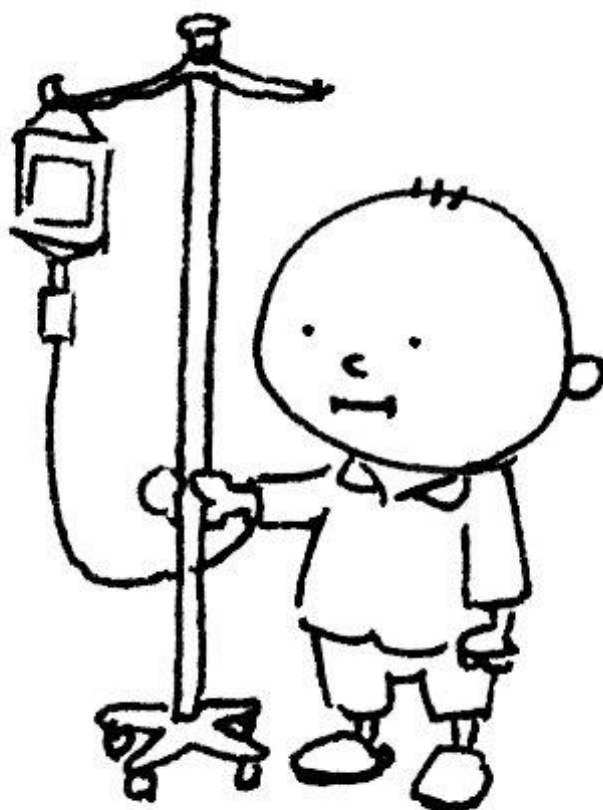
※自治体により制度の名称が異なります。

※入院時の食事代(ミルク代)、文書代は保険適用外です。

※小児慢性特定疾病や指定難病の自己負担金についても、この制度で払い戻しされる場合があります。

◆申請窓口

- お住まいの市区町村窓口



3. 高額療養費・限度額適用認定証

1) 高額療養費

◆制度概要

- ・月毎に医療機関の窓口で支払った医療費が、自己負担限度額を越えた場合に、申請により超えた額が戻される制度です。
- ・自己負担額は、所得に応じて5段階に定められています。(表2)
- ・小児慢性特定疾患医療費助成制度の申請が通れば、左記制度にて、支払われた自己負担分が償還払いできます。

※手続には、病院で支払った際の領収書が必要となりますので、領収書は大切に保管ください。

※入院中の食事代、差額ベッド代、文書代などは対象外です。

※一医療機関ごと、月ごとの計算となります。

※条件により、複数の医療機関での支払いや世帯内の複数の方の医療費を合算できます。詳しくは、保険証に記載のある「保険者」までお問い合わせください。

◆申請窓口

- ・加入している健康保険組合（国民健康保険は役所、社会保険は保険証に記載された保険者）

表2：高額療養費制度の自己負担限度額(70歳未満の場合) (単位:0円) (平成30年8月現在)

区分		自己負担限度額	多数該当*2
上位所得者	ア) 年収約1,160万円~の方	252,600円+ α *1	[140,100円]
	イ) 年収約770~約1,160万円の方	167,400円+ α *1	[93,000円]
一般	ウ) 年収約370~約770万円の方	80,100円+ α *1	[44,400円]
	エ) ~年収約370万円の方	57,600円	
市民税非課税者	オ) 住民税非課税の方	35,400円	[24,600円]

*1 + α の金額は医療費総計額と所得区分によって異なります。

*2 「多数該当」とは、直近12ヶ月以内に3回高額療養費に該当した場合、4回目からは自己負担限度額が〔 〕内の金額に引き下げられます。

2) 限度額適用認定証

◆制度概要

- ・窓口での支払いが自己負担限度額までとなり、高額療養費(払い戻し)の申請が不要になります。

◆申請方法

- ①保険証に記載されている保険者に申請し、「限度額認定証」の交付を受けます。手続きには、保険証と印鑑が必要です。
- ②病院窓口へ、保険証と共に「限度額認定証」を提示ください。

4. 育成医療費助成制度

◆制度概要・対象

- ・障がいのある又はその可能性のある児童が、手術などにより生活能力を回復するための医療を受ける際に、医療費の自己負担分を助成する制度です。
- ・満18歳未満で、下記の障がいのある方、またはその可能性のある方が対象です。
(肢体不自由、視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声機能・言語機能又はそしゃく機能障害、内部障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害)
※外傷による急性期の治療は対象外です。
※障がいや治療内容によっては対象とならない場合があります。

◆助成内容

- ・医療費の自己負担分は原則1割となりますが、所得に応じた自己負担限度額(表3)あり。
- ・障がいによって『重度かつ継続』の対象となり、さらに医療費を軽減することが可能です。

◆申請窓口

- ・お住まいの市区町村役所担当窓口

◆申請方法

- ①主治医に、育成医療の対象になるかをご確認の上、申請手続きを行ってください。
- ②各自治体の申請窓口にて、必要書類を準備ください。
- ③主治医へ、意見書の依頼をしてください。
- ④意見書と必要書類が揃ったら申請窓口へ提出します。
※有効期限は、疾患や助成内容に応じて異なります。
※医療機関、薬局を指定する必要があります。
※原則として、入院前に申請手続きが必要です。

表3：育成医療費助成制度の自己負担額

(単位:0円)

世帯区分		歴1ヶ月の病院への 支払い上限額	『重度かつ継続』 の対象者
住民税	課税世帯	一定所得以上(市町村民税23万5千円以上)	対象外 (通常の3割負担) 20,000円
		中間所得層2(市長民税3万3千円以上23万5千円未満)	10,000円
		中間所得層1(市長民税3万3千円未満)	5,000円
	非課税世帯	低所得2(市町村民税非課税:低所得1以外)	5,000円
		低所得1(市町村民税非課税:利用者本人の年収が80万円以下)	2,500円
生活保護の世帯			0円

5. 医療費控除

◆制度概要

- 本人または家族（生計を一にする親族）が、一年間（1月1日～12月31日）に10万円をこえる医療費を払った場合に、確定申告をすることで税金が戻る制度です。

◆医療費控除の対象となるものの例

- 病院や診療所に支払った医療費
- 訪問看護に支払った医療費
- 公共交通機関を利用した場合の通院費
- 入院時の食事代、治療に必要な差額ベッド代
- 医療器具等の購入第やレンタル代で日常生活に必要なもの
- 骨髄移植推進財団に支払う骨髄移植のあっせんに係る患者負担金
- 傷病によりおおむね6か月以上寝たきりであり、医師の治療を受けている方のおむつ代（主治医が記載した「おむつ使用証明書」が必要です）

◆申請窓口

- お住まいの地域を管轄する税務署

◆申請方法

- 確定申告書を提出する際に、医療費の支出を証明する書類（領収書、レシートなど、給与所得のある方は源泉徴収票原本）が必要です。

※詳細は国税局ホームページをご参照ください。

HP：<https://www.nta.go.jp/taxanswer/shotoku/shoto304.htm>



6. ひとり親医療費助成制度

◆制度概要・対象

- 母子家庭、父子家庭もしくは、母親、父親または、両親が一定基準の障害を有する場合、保険診療の一部負担金を助成する制度です。所得制限があります。

※お住まいの市町村により異なります。

※小児慢性特定疾病医療費助成、難病医療費助成、育成医療の自己負担金が、この制度の一部負担金よりも高額な場合は、後で払い戻しの対象となる可能性もあります。

◆問い合わせ窓口

- お住まいの市町村役所担当窓口にてご確認ください。



公的福祉制度

1. 特別児童扶養手当

◆制度概要・対象

- 精神または身体に障害を有する児童について手当を支給することにより、これらの児童の福祉の増進を図ることを目的にするものです。
- 20歳未満で精神又は身体に障害を有する児童を家庭で監護、養育している父母等に支給されます。
※児童福祉施設等に入所していないこと

◆助成内容

- 助成額 月額 1級 52,400円、2級 34,900円（令和4年4月より適用）
（原則、4月、8月、11月に前月分までが支給されます）
※所得による支給制限があり、受給者もしくはその配偶者または扶養義務者の前年の所得が一定の額以上であるときは支給されません。

◆手続き窓口

- お住いの市区町村担当窓口

◆手続き方法

①お住いの市区町村担当窓口にて必要書類を受け取ってください。

※自治体により必要書類は異なります。下記は、令和4年4月1日時点の横浜市の場合です。

- 申請者と対象児童の戸籍謄（抄）本（外国人の方は登録済証明書）
- 申請者と対象児童が含まれる世帯全員の住民票の写し（続柄、本籍のわかるもの）
- 医師の診断書（所定の様式あり）
※愛の手帳（療育手帳）A1 または A2、身体障害者手帳 1級から3級（内部障害、麻痺及び体幹機能障害等は除く）をお持ちの場合、診断書を省略できる場合もあります
- 印鑑
- 特別児童扶養手当振込口座申出書
- 預貯金通帳（請求者本人）
- 所得証明書
- 個人番号カード

②上記のうち診断書について医師に依頼してください。

③診断書、必要書類を準備し、担当窓口へ提出してください。

◆お問い合わせ窓口

- お住いの市区町村担当窓口

2. 障害児福祉手当

◆制度概要・対象

- ・20歳未満の方で、精神又は身体に著しく重度の障がいがあり、日常生活において常時介護が必要な在宅生活（施設に入所していない）している方へ助成金が支給されます。

◆助成内容

- ・月額 14,850 円（原則、2月、5月、8月、11月に前月分までの手当が支給されます）
※所得による支給制限があり、受給者もしくはその配偶者または扶養義務者の前年の所得が一定の額以上であるときは支給されません。

◆手続き窓口

- ・お住いの市区町村担当窓口

◆手続き方法

①お住いの市区町村担当窓口にて必要書類を受け取ってください。

※自治体により必要書類は異なります。下記は、令和4年3月31日時点の横浜市の場合です。

- ・ 個人番号（マイナンバー）が確認できるもの
- ・ 本人確認書類（本人以外の方が届出をする場合はその方の身元確認資料も必要です）
- ・ 印鑑
- ・ 所得状況が確認できるもの
- ・ 手当用診断書（所定の様式あり）
- ・ 本人の普通預金通帳

②上記のうち診断書について医師に依頼してください。

③診断書、必要書類を準備し、担当窓口へ提出してください。

◆お問い合わせ窓口

- ・お住いの市区町村担当窓口



助成金・奨学金など

★助成金

1. がんの子どもを守る会 療養援助

◆制度概要・対象

- ・公益財団法人がんの子どもを守る会にて、小児がん患者さん・ご家族のために療養に伴う経済的負担が軽減されることを目的とした療養助成です。
- ・18歳未満で小児がんを発症し、申請時20歳未満の抗腫瘍治療中の患者さんご家族が対象です。
- ・療養助成申請時の前年度の課税所得金額が400万円以下が条件です。
(両親が共働きなど、生計を一にする親族に所得がある場合は、合算となります)

※一疾病で一回のみの申請

※申請書受理日から遡って3か月間が申請対象期間

※療養援助委員による審査会で助成内容・金額が決定

※援助の上限額は20万円

◆援助対象事項

(1) 入院療養に必要な対応として①～③のいずれかに該当する場合

- ① 移植の実施、難治性（転移もしくは再発がある又は有効な治療法がない）のため治療を要する場合、または特殊治療が必要な場合
- ② 治療上のやむえない理由から、治療施設と自宅が片道150キロメートル以上離れている遠隔地で治療を要した場合
- ③ 未就学児のきょうだいがいる場合

(2) 入院・外来を問わず、抗腫瘍治療中で課税所得100万円（生計を一にする親族の課税所得の合算）以下の世帯（生活保護受給世帯を含む）

◆申請方法

- ①申請書の取り寄せ（病院の相談窓口にて相談いただくか、がんの子どもを守る会にお問い合わせください。）
- ②申請書に必要な事項をご記入の上、がんの子どもを守る会にご提出ください。

◆お問い合わせ先

- ・公益財団法人 がんの子どもを守る会 本部事務局
〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-3-12
TEL：03-5825-6311（相談専用） 平日 10:00～17:00
HP：<http://www.ccaj-found.or.jp/>

2. GRNひとり親世帯支援制度

◆制度概要・対象

- ・小児がんを患い入院、治療を受けるお子さんに付き添うひとり親世帯へ支援金を支給する制度で、1世帯につき1回限り10万円を支給します。
- ・小児がんの入院治療を受ける、申請時20歳以下のお子さんに付き添うひとり親世帯が対象です。
- ・給与所得の方は申請時における前年の世帯収入合計500万円未満が条件です。

◆申請先（送付先）

〒171-0021 東京都豊島区西池袋2-21-8-204号
認定NPO法人 ゴールドリボン・ネットワーク
「GRNひとり親世帯支援制度」係

◆申請方法

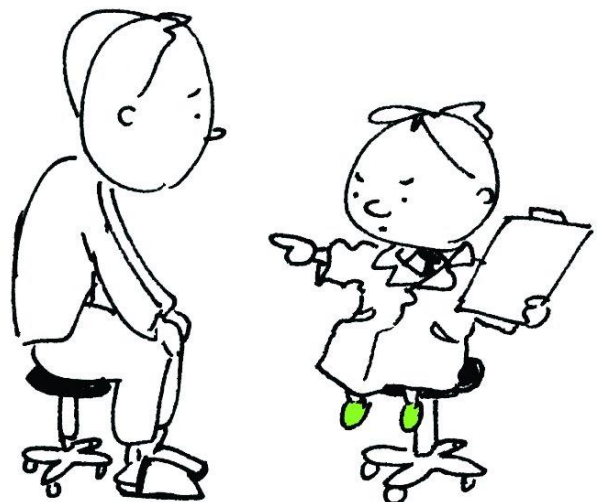
- ①申請書をHPよりダウンロード、印刷し、必要事項を記入してください。
- ②①の他に下記の必要書類をそろえ送付先に送付してください。

＜必要書類＞

- ・疾病名が記載された書類（小児慢性特定疾病受給者証の写しなど）
- ・入院治療を受ける（受けた）ことがわかる書類（医療費の領収書など）
- ・世帯収入を証明する書類（源泉徴収票など）
- ・ひとり親世帯を証明する書類（ひとり親家庭等医療費受給者証など）

◆お問い合わせ先

- ・認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク
TEL：03-5944-9922（平日10：00～16：00）
E-Mail：npo@goldribbon.jp



★交通費に関する助成

1. GRN小児がん交通費等補助金制度

◆制度概要・対象

- ・小児がんの診断・入院治療（治験含む）のため病院と自宅が片道100km以上離れている場合の交通費と宿泊費の支援を行う制度です。
- ・18歳未満で小児がん（悪性新生物）と診断され、申請時20歳以下の抗腫瘍治療中の患者さんご家族が対象です。
- ・給与所得の方は申請時における前年度の世帯の税込年収が700万円未満が条件です。（給与所得以外の方は世帯所得金額合計が450万円未満）

※通院による治療、抗腫瘍治療後の検査・検診は対象外

※対象期間は申請日より遡り6ヶ月間

※補助金額上限は、世帯の所得と移動距離により50～10万円（年間）

◆申請先（送付先）

〒171-0021 東京都豊島区西池袋2-21-8-204号
認定NPO法人 ゴールドリボン・ネットワーク
「GRN 交通費補助金制度」係

◆申請方法

①申請書をHPよりダウンロード、印刷し、必要事項を記入してください。
（医師記載欄は医師に依頼）

②①の他に下記の必要書類をそろえ送付先に送付してください。

<必要書類>

- ・源泉徴収票もしくは確定申告書などの所得証明書（両親共働きの場合は2人分提出）
- ・扶養者の健康保険証のコピー
- ・小児がん交通費等補助金交付申請書
- ・交通費内訳表に支払った交通費の記載および交通機関・宿泊施設の領収書を添付※
※領収書は、ご利用の交通機関により異なります。詳細はHPを参照してください。

◆お問い合わせ先

- ・認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク
TEL：03-5944-9922（平日10：00～16：00）
E-Mail：npo@goldribbon.jp

★造血細胞移植に関連した助成

4. 公益財団法人日本骨髄バンク・患者負担金免除

◆制度概要・対象

- 骨髄バンクを介して移植を希望される患者さんご家族で、経済的な事情からドナー検査や調整にかかる費用の支払いが難しい場合に、負担額の一部または全部を免除する制度です。

※所得状況により対象が制限されています。

※原則として申請前に支払いをした負担金は免除されません。

※患者負担金は、確定申告の医療費控除の対象となります。

※骨髄液の運搬費用は、健康保険の療養費払いになります。

一度支払後、健康保険組合等へ手続きされると返金されます。

※海外からの骨髄提供は、骨髄採取に関する医療費の一部も保険の療養費払いとなります。

◆申請（送付）先

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町3-19 廣瀬第2ビル
公益財団法人 日本骨髄バンク 総務部 宛

◆申請方法

- ①公益財団法人 日本骨髄バンクの HP より申請書類をダウンロードし記載してください。
- ②患者登録時または登録後速やか申請書と関係書類（公的機関の証明書）を添えて送付してください。

◆お問い合わせ先

- 公益財団法人 日本骨髄バンク 患者問い合わせ窓口
TEL：03-3296-8699（平日 10：00～17：00）
HP：<https://www.jmdp.or.jp/recipient>



5. 佐藤きち子記念・造血細胞移植患者支援基金

◆制度概要・対象

- NPO 法人全国骨髄バンク推進連絡協議会が運営する、造血細胞移植治療を受ける患者さんの経済的支援のための基金です。
- 造血細胞移植を望みながら、経済的理由により実施が困難な患者さんとその家族が対象です。
- 日本国内に居住し、国内で造血細胞移植を受けようとしていることが条件です。

※世帯の総収入が、基金の定める額を超えていない方（ホームページで算定可能）

※移植日を挟む3ヶ月間にかかった費用（事前申請、事後申請がある）

※助成総額は患者さん一人につき30万円

※支援金助成後6か月以内に報告書を提出していただきます。

◆助成内容

- 公益財団法人日本骨髄バンクに支払う患者負担金
- 医療費（高額療養費制度などを利用した最終的負担額）の一部
- ドナーに関する費用
- 造血細胞移植医療に伴う交通費、滞在費、及びほか入院に伴い直接必要となる費用の一部
- 18歳未満の患者さんの付き添い家族一人分の滞在費など

◆申請（送付）先

〒101-0031 東京都千代田区東神田1-3-4 KTビル3階

認定NPO法人 全国骨髄バンク推進連絡協議会・造血細胞移植支援基金 宛

◆申請方法

- ①移植日決定後、移植前3カ月から（事前申請）あるいは移植日から3カ月以内（事後申請）のどちらかの申請書をHPよりダウンロードしてください。
- ②必要書類の記載、医師・MSWへの記載を依頼してください。
- ③申請書と関係書類（住民票、世帯全員の収入を証明するもの、すでに払った費用の領収書コピーなど）を添えて送付してください。

◆お問い合わせ窓口

- NPO法人全国骨髄バンク推進連絡協議会・造血細胞移植支援基金

TEL：03-5823-6360(月～金 10:00～17:00) FAX：03-5823-6365

E-Mail：info@marrow.or.jp

6. 公益財団法人HLA 研究所・淳彦基金

◆制度概要・対象

- 公益財団法人 HLA 研究所での自費検査を受ける場合で、経済的事情がある方を支援する基金です。
- 生活保護受給の方や、ひとり親家庭の方など経済的事情のあるご家庭が対象です。

◆申請方法

- ①HP よりダウンロードした申込書に必要事項を記載してください。
(主治医が記載する項目もあります)
- ②基金事務局へ送付してください。(メール・FAX 可)

◆お問い合わせ先・申請(送付)先

〒190-0022 東京都立川市錦町 1-20-15

「淳彦基金を育てる会」代表 勝木敬子(かつきけいこ)

TEL : 042-522-3015 FAX : 042-524-3311

E-Mail : pochit@mub.biglobe.ne.jp

HP : <http://hla.or.jp/med/atsuhiko>



★進学・就学に関する経験者向け奨学金

7. アフラック小児がん経験者

◆制度概要・対象

- ・小児がんを経験した子どもや、親をがんで亡くした子どものために就学や進学をサポートしてくれる返還不要で他奨学金と併用できる制度です。
- ・対象となる教育機関に在学している間、月額 20,000 円の給付金が受けられます。高等専門学校においては最長で5年間給付が受けられます。
- ・18 歳未満で小児がんを発症した小児がん経験者で経済的な理由により援助を必要とする方
- ・奨学金給付時に高等学校等に在学予定の方
- ・奨学金申請時における前年度の世帯の収入または所得が（表 4）の上限を超えない方が対象です。

※募集期間があります。

表 4：所得制限に関する条件

世帯人数	給与所得世帯（万円）	給与所得以外の世帯（万円）
1	451	142
2	540	204
3	576	229
4	599	245
5	620	260
6	639	273
7	656	285
該当欄	源泉徴収票の支払額	確定申告書の所得金額

◆申請（送付）先

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 1-3-12
公益財団法人がんの子どもを守る会 奨学金担当 宛

◆申請方法

- ①HP より申請書をダウンロードし、必要な項目を記載してください。
- ②申請書の他に、必要な書類（学校長の推薦書兼成績証明書、申し込み時在学学年 1・2 学期の学業成績通知表の写し、保護者（父母）の直近の収入証明する公的証明書、小児がんにかかったことを証明する意思の診断書（書式に定めはありません）など）を用意してください。
- ③書類がそろったら、申込先へ送付してください。

◆お問い合わせ先

- ・公益財団法人がんの子どもを守る会
TEL：03-5825-6311 受付時間 月～金（祝日を除く）10：00～17：00
HP：<http://www.ccaj-found.or.jp>

8. ゴールドリボン奨学金制度

◆制度概要・対象

- 日本国内の大学（夜間学部含む）、短期大学及び専修学校の専門課程への進学を希望しており、経済的理由により修学困難な方を対象とした奨学金制度です。
- 進学目標を立てやすくすることを目指し、受験前に申請し、合格発表前に奨学金の支給が決まる予約採用型でなお且つ、返済不要の給付型奨学金制です。
- 給付額は月額 40,000 円（年間 480,000 円）で給付期間は対象となる教育機関に在学中の期間（正規の最短就学年限）です。
- 18歳未満で小児がん（悪性新生物）と診断され、自身が罹患した事を理解しており、過去に大学・短期大学・専修学校に入学したことがない方が対象です。
- 奨学金申請時における前年度の世帯収入額が、給与世帯の場合は所得証明書に記載されている総所得金額等が700万円未満、給与以外の世帯の場合は295万円未満が条件です。

※募集期間があります

◆申請（送付）先

〒171-0021 東京都豊島区西池袋 2-21-8-204
認定 NPO 法人ゴールドリボン・ネットワーク
「はばたけ！ゴールドリボン奨学金」係

◆申請方法

- ①HP より奨学金申請書をダウンロードし、必要項目を記入してください。
- ②①以外に以下の書類を準備してください。
 - ・ 作文「大学/短期大学/専修学校へ進学してめざしたいこと、将来の夢」（手書きにて 400 字詰め原稿用紙 2 枚以上）
 - ・ 個人情報保護に関する同意書
 - ・ 高等学校の調査書（3ヶ月以内のもの）
 - ・ 高等学校の在学証明書（3ヶ月以内のもの）
 - ・ 戸籍謄本
 - ・ 所得証明書
- ③申請書および必要書類を準備し申請先に送付してください。

◆お問い合わせ先

認定 NPO 法人ゴールドリボン・ネットワーク
TEL : 03-5944-9922
HP : <http://www.goldribbon.jp>

★その他助成金など

9. 志村大輔基金

「分子標的薬治療助成」

◆制度概要・対象

- 血液疾患で長期にわたって分子標的薬治療を続け、経済的に困窮している70歳未満の患者さんとそのご家族への投薬治療に対する助成です。
- 日本国内に居住し日本国内で治療中であること、前年の世帯の総収入が基金の定める額を超えていないことが条件です。

※高額療養費の限度額適用区分によって、助成が異なります。

- 対象となる主な病気：慢性骨髄性白血病（CML）、フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病、CD33陽性急性骨髄性白血病、B細胞性白血病、成人T細胞白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫 など
- 対象となる主な薬：グリベック（イマチニブ）、スプリセル（ダサチニブ）タシグナ（ニロチニブ）、ベルケイド（ボルテゾミブ）、リツキサソ（リツキシマブ）、マイロターグ（ゲムツズマブオゾガマイシン）、ポテリジオ（モガムリズマブ）、アーゼラ（オフアツムマブ）など

「精子保存費用助成」

◆制度概要・対象

- 今後、造血幹細胞移植や抗がん剤治療を開始予定で、精子保存を希望する45歳以下の男性が対象です。
- 日本国内に居住し日本国内で治療中であること、前年の世帯の総収入が基金の定める額を超えていないことが条件です。
- 精子保存にかかる採取・保存費用（最長5年分）、採取のための交通費の一部を上限20万まで助成します。

◆申請（送付）先

〒101-0031 東京都千代田区東神田1-3-4 KTビル3階
特定非営利活動法人全国骨髄バンク推進連絡協議会・志村大輔基金 宛

◆申請方法

- ①HPよりそれぞれの助成金に該当する書類をダウンロードし、必要項目を記入してください。
- ②申請書以外の必要書類を準備し申請先に送付してください。

◆お問い合わせ先

- 特定非営利活動法人全国骨髄バンク推進連絡協議会・志村大輔基金
TEL：03-6693-2840（月～金 9:30～17:30）FAX：03-5823-6365
E-Mail：info@marrow.or.jp（メールは問い合わせのみ）
HP：http://www.marrow.or.jp/supports/post_37.html

10. こうのとりマリー基金（女性対象です）

◆制度概要・対象

- 未受精卵子の保存、受精、着床を経済的に支援するものです。
- 今後、造血幹細胞移植や抗がん剤治療を開始する予定で未受精卵子保存を希望される未婚患者さんが対象です。
- 日本国内に居住し、日本国内で治療中であること
- 対象年齢は卵子採取時35歳以下
- 世帯の収入が、基金の定める額を超えていない方

◆助成内容

- 未受精卵子の凍結保存にかかる採取、保存費用
- 上限額1人10万円

◆申請時期

- 未受精卵子の採取、保存を実施してから6ヶ月以内
- 保管料を支払ってから3ヶ月以内

◆申請（送付）先

〒101-0031 東京都千代田区東神田1-3-4 KTビル3階
特定非営利活動法人
全国骨髓バンク推進連絡協議会・こうのとりマリー基金 宛

◆申請方法

- ①HPより必要な書類をダウンロードし、必要項目を記入してください。
- ②①以外の必要書類（生計を一にする家族全員の住民票および収入証明など）をそろえ申請先に送付してください。
※公的制度、医療機関、民間団体等から給付・援助・減免される場合は、全て記入してください。

◆お問い合わせ先

- 特定非営利活動法人 全国骨髓バンク推進連絡協議会・こうのとりマリー基金
TEL：03-6693-2840(月～金 9:30～17:30) FAX：03-5823-6365
E-mail：info@marrow.or.jp（メールは問い合わせのみ）
HP：http://www.marrow.or.jp/supports/post_53.html

11. がん患者ウィッグ購入費助成制度

◆制度概要・対象

- 就労、社会参加等のために、療養生活の質がよりよいものとなるよう、ウィッグ（かつら）購入経費の一部を助成が受けられます。
- 抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対処するためウィッグを購入した方で、がん治療を受けている、受けていた方が対象です。
- 住民票のある市区町村に助成制度がある場合申請できます。

◆助成内容

- 市区町村により金額など助成内容が異なります。（相談員にお尋ねください）

◆申請方法

- ①助成金交付申請書の記入してください。
- ②必要な書類（治療を証明する書類、対象品の購入金額の明細がわかる領収書など）を準備し、お住いの市区町村担当窓口へ提出してください。
※郵送可能な市区町村もあります。

◆お問い合わせ・申請窓口（令和5年2月現在 助成を行っている市区町村）

• 横浜市

〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50-10

横浜市 医療局がん・疾病対策課

TEL：045-671-2721 E-mail: ir-shinsei@city.yokohama.jp

• 鎌倉市

〒248-8686 鎌倉市御成町18-10

鎌倉市 健康福祉部市民健康課健康づくり担当

TEL：0467-61-3941

E-mail: shikenko@city.kamakura.kanagawa.jp

• 大和市

〒242-8601 大和市鶴間1-31-7

大和市役所 医療健診課医療施策推進係（保健福祉センター4階）

TEL：046-260-5661

• 相模原市

〒252-5277 相模原市中央区中央2丁目11番15号

相模原市 健康福祉局保健衛生部健康増進課

TEL：042-769-8322

神奈川県の小児がん拠点病院

2012年、国により全国に15か所の小児がん拠点病院が指定されました。神奈川県内では、**神奈川県立こども医療センター**がその指定を受けています。他の医療機関におかかりの方でも、小児がんについての相談をお受けしております。

相談窓口	連絡方法
☆神奈川県立こども医療センター 小児がん相談支援室 (平日 8:30~17:15)	電話：045-711-2351 (代) (小児がん相談とお伝え下さい) E-mail：shounigan@kcmc.jp

神奈川県地域小児がん診療連携協議会

神奈川県における小児がん医療を充実させ、高い水準の医療を提供するため「神奈川県地域小児がん 医療提供体制協議会」が設置されています。協議会を構成している医療機関は以下の通りです。

施設名	所在地
☆横浜市立大学附属病院	〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
☆恩賜財団済生会 横浜市南部病院	〒234-0054 横浜市港南区港南台3-2-10
聖マリアンナ医科大学病院	〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1
東海大学医学部附属病院	〒259-1193 伊勢原市下糟屋143
北里大学病院	〒252-0375 相模原市南区北里1-15-1
神奈川県立がんセンター	〒241-8515 横浜市旭区中尾2-3-2
湘南鎌倉総合病院	〒247-8533 鎌倉市岡本 1370-1

横浜市小児がん連携病院

横浜市では、市内の小児がん診療に実績のある3つの病院を「横浜市小児がん連携病院」としています。上記☆がその施設にあたります。