

「志村大輔基金」のご案内

< 分子標的薬治療支援 >

認定NPO法人
全国骨髄バンク推進連絡協議会
志村大輔基金運営委員会

志村大輔さんは、34才の時に会社の健診をきっかけに、慢性骨髄性白血病と診断を受けて以来、分子標的薬の投薬治療での闘病のかたわら、同じ病で経済的負担に苦しむ患者さんらのために、関係各所に対し要望・要請活動など、負担軽減のための活動をされていました。

精力的な活動は高額療養費問題が見直されるきっかけのひとつにもなりましたが、2012年1月、6年にも及ぶ長い闘病の末に39才の若さで亡くなりました。

『志村大輔基金』は、このような彼の遺志を受け継ぎ、多くの皆様のご協力を得ながら運営されるものです。この基金により、多くの患者さんが安心して闘病に向かえるよう支援します。

基金の助成対象

○血液疾患で分子標的薬治療を受け、かつ、経済的に困窮している**70歳未満**の患者とその家族。

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（Ph+ALL）、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）、リツキサン（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

○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当基金の定める額を超えていない方（所定の算定表により算出します）。

基金の助成内容（分子標的薬を処方され、高額療養費を負担した月が対象）

○限度額適用認定証の適応区分(ウ)

- ・高額療養費制度の負担上限額のうち、多数該当となる前はひと月あたり 40,000 円を助成。
- ・多数該当後は、ひと月あたり 20,000 円助成。
- ・1患者につき、年度内3回まで申請可。（長期処方の該当者であることを問わない）
- ・助成上限額 年間 300,000 円

○限度額適用認定証の適応区分(エ)

- ・高額療養費制度の負担上限額のうち、多数該当となる前はひと月あたり 30,000 円を助成。
- ・多数該当後は、ひと月あたり 20,000 円助成。
- ・1患者につき、年度内3回まで申請可。（長期処方の該当者であることを問わない）
- ・助成上限額 年間 220,000 円

○限度額適用認定証の適応区分(オ)

- ・高額療養費制度の負担上限額のうち、多数該当となる前はひと月あたり 20,000 円を助成。

- ・ 多数該当後は、ひと月あたり 10,000 円助成。
- ・ 1 患者につき、年度内 3 回まで申請可。(長期処方の方の該当者であることを問わない)
- ・ 助成上限額 年間 120,000 円

(年度とは、毎年 4 月から翌年 3 月までの期間です)

※健康保険組合などから付加給付がある場合は申請をお受けできません。

支援助成金の申請について

申請にあたっては、次の書類を下記までご送付願います。

1. 助成申請書(様式 1～2、4)
2. 現在受診中の病院の主治医の推薦状(様式 3) ※1
*病名と治療内容、使用薬剤名等が記載されていること。
3. 生計を一にする世帯全員の住民票※2(「世帯全員」と表記のあるもの。個人番号、住民票コードは記載しないでください)世帯を分離していても生計が一緒なら同一世帯とします。
4. 世帯全員の収入を証明するもの(以下を収入とし、世帯合計額を上限額と比較します)
*市区町村が発行する所得証明書(収入額の記載があるもの)。
*自営業者の場合は確定申告書と収支内訳書それぞれのコピーも。
*給与や事業収入外の給付(例えば傷病手当金、各種児童手当、障害年金など)を受けている場合は、その金額(所得証明と同じ年 1 月から 12 月まで)がわかる書類。
5. 限度額適用認定証の写し(対象となる期間のもの)
6. 医療費(薬代)の領収書のコピーと該当薬が明記された診療明細・調剤明細のコピー

※1) 初回の申請時のみ提出してください。

※2) 再申請の際、3 と 4 は前年の所得証明書が発行される時期(おおむね 6 月初旬)以降の申請時に提出して下さい。(世帯構成が変わった場合は、都度申請の際に提出)

助成の審査と決定

- 支払いから 6 カ月以内(※3)に到着するよう申請して下さい。(複数月まとめて申請可)
 - 毎月末に締め切り。書類がそろっていれば基金運営委員会(医師・MSW・税理士・患者家族・骨髄バンクボランティア等)にて審査し 2 カ月程で文書にて回答します。
 - 審査の結果、ご希望に添えない場合が有ります。その際はご容赦下さい。
- ※3) 例 支払日 6 月 5 日 → 12 月 4 日までに必着

助成後、基金の趣旨に反することが明らかになった場合、助成金の返還請求を行う場合があります。助成金を受けた際には、メッセージをお寄せください。

<送付先及び問い合わせ先>

〒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
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)

(2021.10)