

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、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診断された若年のがん患者が、住み慣れた自宅で最期まで自分らしく安心して日常生活を送ることができるよう、在宅における療養生活を支援し、患者及びその家族の負担の軽減を図ることを目的として、在宅サービス等の費用の一部を市が助成するために必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 本市に住所を有する者
- (2) 次条に規定するサービスの利用日時点で40歳未満の者
- (3) 医師に一般的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がん患者
- (4) 在宅における療養生活の支援及び介護が必要な者
- (5) 他の制度において同等の助成又は給付を受けることができない者

(助成対象経費)

第3条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に規定された居宅サービスのうち、次の表に掲げるサービスの利用に必要な経費とする。

区分	サービスの内容、種別
(1) 在宅サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、夜間対応型訪問介護その他必要と認められるもの
(2) 福祉用具貸与	手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、移動用リフト（つり具の部分を除く。）、自動排泄処理装置その他介護保険で認められるもの
(3) 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、入浴補助

用具、簡易浴槽、移動用リフトのつり具、排泄予測支援機器その他介護保険で認められるもの
--

(申請者)

第4条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、原則として助成対象者とし、助成対象者がやむを得ない理由で自ら申請等を行うことができない場合のみ、他の者へ申請等を委任することができるものとする。ただし、助成対象者が未成年の場合、申請者はその保護者とする。

(助成額)

第5条 助成額は、助成対象経費に10分の9を乗じて得た額とし、助成対象者1人につき、1月当たり54,000円を限度とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている助成対象者については、1人につき、1月当たり60,000円を限度とし、助成対象経費の全額を助成する。

2 前項に基づき算出する額に100円未満の端数が生じたときは、その端数は切り捨てるものとする。

(利用の申請)

第6条 申請者は、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（第1号様式）及び医師による意見書（長久手市若年がん患者在宅療養支援事業）（第2号様式）又はこれに準ずるものとして市長が適当と認める書類を市長に提出しなければならない。

(医師への照会)

第7条 市長は、必要と認める場合には、助成対象者の病状及び治療内容について医師の意見を求めることができる。

(利用の決定)

第8条 市長は、第6条の規定による申請があったときは、速やかに審査を行い、事業の利用の可否を決定し、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定(却下)通知書（第3号様式）により、申請者に審査結果を通知するものとする。

2 利用資格の有効期間の始期は、申請のあった日とする。

(サービスの利用)

第9条 申請者は、第3条に規定するサービスの利用に当たっては、サービスを提供する事業者（以下「サービス提供事業者」という。）に自ら依頼して、当該サービスの提供を受けるものとする。

2 前項のサービス提供事業者は、原則として、法に基づき愛知県知事又は市長が指定した事業者とする。ただし、法の指定事業者と同等のサービスの提供が可能である等、市長が特に認めた事業者にあつては、この限りでない。

3 第1項のサービス提供事業者は、法人格を持ち、その代表者が助成対象者の同居者でないものとする。

（助成金の請求）

第10条 第8条第1項の利用の決定を受けた者（当該者から委任を受けた者を含む。以下「請求者」という。）が助成金の交付を受けようとするときは、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書（第4号様式）に、市長が必要と認める書類を添えて市長に提出する。

2 前項の規定による交付申請は、利用又は購入した月単位で行うものとする。ただし、一定期間分をまとめて行うことができるものとする。

3 サービスを利用又は購入した日から、助成金を請求しないまま2年を経過した場合は、その請求については効力を失うものとする。

（助成金の交付）

第11条 市長は、前条の規定による書類を受理したときは、その内容について速やかに審査を行い、適当と認められる場合に助成金の額を決定するとともに、その旨を長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定通知書（第5号様式）により請求者に通知する。

2 市長は、前項の規定による交付を決定した助成金を速やかに請求者に交付するものとする。

（資格の取消し）

第12条 市長は、助成対象者が死亡したとき又は第3条各号に掲げる要件のいずれかに該当しなくなったときは、該当する事実が発生した日をもって、当該利用決定を取り消すものとする。この場合において、同日までに利用したサービスに係る助成金の交付については、前2条の例による。

（助成金の返還等）

第13条 市長は、申請したものが偽りその他不正な行為により助成金の交付を受け、又は受けようとする事が明らかであると認められるときは、助成金の交付決定を取り消し、又は既に交付した助成金の全部若しくは一部を返還させることができる。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年8月1日から施行する。
- 2 令和6年3月31日までの申請に限り、第8条第2項の規定に関わらず、令和5年4月1日以降のサービス利用について適用する。

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 住所
 （保護者）氏名（自署）
 助成対象者との続柄（ ）
 電話番号（ ）

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。
 なお、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱を遵守し、受給資格の審査のため、市が実施する確認事項に係る調査の実施や、必要な限度で市が関係機関等から対象者の情報を取得すること、又は関係機関等へ提供することに同意します。

助成対象者（甲）	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日（ 歳）			
					□申請者と同じ
	住所	〒 長久手市 □申請者と同じ			
	家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考
確認事項	小児慢性特定疾病医療費助成の受給（有・無） 障害者総合支援法に基づく給付（有・無） 生活保護の受給（有・無）				
主治医	病院名： 医師名：				
利用開始予定日	年 月 日				

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。

※申請者は、原則として助成対象者とし、助成対象者が未成年の場合には、保護者を申請者としてください。

裏面も記載してください。

甲は、乙を代理人と定め、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第 653 条第 1 項の規定にかかわらず、乙に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

※助成対象者が未成年で保護者が申請者となる場合には、記入は不要です。

代理人 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。		
	氏名 (自署)		生年月日 年 月 日
	住所		
	連絡先		甲との続柄

第2号様式（第6条関係）

意見書(長久手市若年がん患者在宅療養支援事業)

フリガナ		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒 長久手市		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、<u>がん（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）</u>と判断できる。</p> <p>下線部の状態であると判断した日： 年 月 日</p> <p>(宛先) 長久手市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署） _____</p>			

※医師名は、自署又は記名押印してください。

第3号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました長久手市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者氏名	
決定内容	事業の利用を <input type="checkbox"/> 決定します。 <input type="checkbox"/> （ ）のため却下します。
利用開始日	年 月 日

（宛先）長久手市長

請求者 住所
 （保護者）氏名（自署）
 助成対象者との続柄（ ）
 電話番号（ ）

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、申請書の内容（交付申請額除く。）を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

助成対象者	住所 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 請求者と同じ				
利用期間	年 月から 年 月まで				
他からの助成の有無	無・有（ ）				
助成対象経費	サービス利用月	サービス区分 ※利用したものに○	利用額合計	(A)×9/10 ※100円未満切捨 ※生活保護世帯の場合は(A)×10/10	助成金額 ※(B)又は月額上限54,000円のいずれか少ない方の額(生活保護世帯の場合は月額上限60,000円)
	年 月分	在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入	(A) 円	(B) 円	円
	年 月分	在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入	(A) 円	(B) 円	円
	年 月分	在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入	(A) 円	(B) 円	円
助成金交付申請額					円
(市記載欄) 助成決定金額					円

- 備考 (1) 月ごとに記入してください。1か月分だけの申請もできます。
 (2) 領収書（利用申請者又は助成対象者の氏名の記載のある原本）と、利用したサービスの提供事業者や明細（サービス利用日、利用額、サービス内容）がわかるものを添付してください。
 (3) 助成対象者が未成年の場合は、保護者が請求してください。
 (4) サービス提供事業者の代表者が、助成対象者の同居者の場合は、助成対象外です。

裏面に振込先を記載してください。

振 込 先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人カナ			

【添付書類】 振込先口座が確認できる通帳等の写し

※ 振込先は、請求者名義の口座を記入してください。

第5号様式（第11条関係）

第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のありました長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 助成対象者氏名
- 2 助成金交付決定額 円（ 年 月利用分）