令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要項

（目的）

第１条　この要項は、若年のがん患者が、住み慣れた自宅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送る上で必要となる介護サービス等の利用に要する費用について、予算の範囲内で令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することとし、もってがん患者及びその家族の負担の軽減を図ることを目的とする。

（対象者）

第２条　助成金の交付対象となる者（以下「交付対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

（１）助成金交付の申請をする日及びサービスを利用する日において、本市の住民基本台帳に記録されている１８歳以上４０歳未満の者

（２）がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師が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した者に限る。）

（３）在宅における療養生活の支援及び介護が必要な者

（４）他の法令等による公的支援制度を受けていない者

（助成対象費用）

第３条　助成金の交付対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）は、次に掲げるサービス等に要する費用とする。ただし、他の法令等に基づく同種の助成等を受けている場合は、その費用は助成の対象としない。

（１）結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金に係る意見書（様式第１号。以下「意見書」という。）の作成（ただし、次号から第６号までに掲げるサービスに係る助成を併せて受ける場合に限り対象とする。）

（２）介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第８条第２項に規定する訪問介護に相当するサービス（これに類するサービスとして市長が適当と認めるものも含む。次号から第６号までにおいて同じ。）

（３）法第８条第３項に規定する訪問入浴介護に相当するサービス

（４）法第８条第１２項に規定する福祉用具貸与に相当するサービス

（５）法第８条第１３項に規定する特定福祉用具販売に相当するサービス

（６）法第８条第２４項に規定する居宅介護支援に相当するサービス

（助成額）

第４条　助成額は、次の各号に掲げる助成対象費用の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める額とする。

（１）意見書の作成　助成対象費用の全額とし、５，０００円を限度とする。

（２）前条第２号から４号までに定めるサービス　交付対象者が利用した助成対象費用に１０分の９を乗じて得た額（１，０００円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。）とし、１月当たり７万２，０００円を限度とする。ただし、生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）の規定に基づく保護を受けている者については、１月当たり８万円を限度として助成対象費用の全額を助成するものとする。

（３）前条第５号に定めるサービス　交付対象者が利用した助成対象費用に１０分の９を

乗じて得た額（１，０００円未満の端数が生じたときにはこれを切り捨てる。）とし、

１年度当たり４万５，０００円を限度とする。ただし、生活保護法の規定に基づく保護を受けている者については、１年度当たり５万円を限度として助成対象費用の全額を助成するものとする。

（４）前条第６号に定めるサービス　助成対象費用の全額とし、１月当たり１万円を限度とする。

（助成の回数）

第５条　意見書の作成に対する助成の回数は、交付対象者１人につき１回とする。

（利用申請及び承認）

第６条　助成金の交付を受けようとする交付対象者又はその家族等（以下「申請者」という。）は、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用申請書（様式第２号）に意見書その他必要な書類を添えて市長に提出しなければならない。

２　市長は、前項の規定による利用申請があったときは、その内容を審査の上、承認の可

否を決定し、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用承認（不承認）

通知書（様式第３号）により、申請者に通知するものとする。

（利用変更等の申請）

第７条　前条第２項の規定による利用の承認を受けた者（以下「利用者」という。）は、次の各号のいずれかに該当するときは、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用変更（中止）届出書（様式第４号）により、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

（１）申請内容に変更が生じたとき。

（２）第２条各号に掲げる要件に該当しなくなったとき。

　（利用変更等の承認）

第８条　市長は、前条の規定による利用変更等の申請があったときは、その内容を審査の上、変更又は中止の承認の可否を決定し、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用変更（中止）承認通知書（様式第５号）により、申請者に通知するものとする。

（利用の取消し及び中止）

第９条　市長は、助成金の交付をすることが適当でないと認めるときは、利用承認を取り消すことができる。

２　市長は、申請者から第７条の規定による中止の届出があったとき、又は前項の規定により承認を取り消したときは、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用承認取消通知書（様式第６号）により、申請者に通知するものとする。

（助成金の交付申請）

第１０条　申請者は、助成金の交付を受けようとするときは、サービスを利用した日の属する年度の末日までに令和６年度結城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（様式第７号）に次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

（１）領収書その他サービスを利用した日及び金額の明細が確認できる書類

（２）その他市長が必要と認める書類

２　前項の規定による助成金の交付の申請は、利用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。

（交付の決定）

第１１条　市長は、前条の規定による助成金の交付申請があったときは、その内容を審査し、その結果を令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付（不交付）決定通知書（様式第８号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第１２条　市長は、前条の規定により助成金の交付を決定したときは、申請者の指定する金融機関の口座に助成金を振り込むものとする。

（助成金の交付決定の取消し等）

第１３条　市長は、申請者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（１）虚偽又は不正な申請をしたと認めるとき。

（２）助成対象費用となるサービスを利用して購入した福祉用具を譲渡し、貸与し、又は担保に供したとき。

（３）その他助成金の交付が不適当と認めるとき。

２　市長は、前項の規定により助成金の交付の決定を取り消したときは、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定取消通知書（様式第９号）により申請者に通知する。

（助成金の返還）

第１４条　市長は、前条の規定により助成金の交付の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分について既に助成金が交付されているときは、期限を定めて返還を命ずるものとする。

（庶務）

第１５条　この要項に定める手続等については、保健福祉部健康増進課において処理する。

（補則）

第１６条　この要項に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

付　則

この要項は、令和６年４月１日から施行する。

様式第１号（第３条関係）

結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金に係る意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | |
| 病　　名 |  | | |
| 特記事項等 |  | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要項第２条第２号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。  結城市長　宛  年　　　月　　　日  医療機関の　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 所在地及び名称  医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　印  （自署の場合は押印不要） | | | |

※　がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師が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した者に限る。）

様式第２号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

結城市長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用申請書

　令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、結城市が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の需給状況について関係機関に確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 (甲) | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | 年齢 | 歳 | | |
| 住　　所 | 〒  結城市  電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | |
| 利用開始予定日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 生活保護費受給の有無 | | | | | | | □有 □無 |
| 障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の  有無 | | | | | | | □有 □無 |
| 甲は、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号の規定にかかわらず、乙に結城市若年がん患者在宅療養支援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。 | | | | | | | |
| 受任者(乙) | 上記委任の件について、承諾しました。 | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 |  | | 利用者との関係 | |  | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　（　　　　　） | | | | | |

【添付書類】□ 結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金に係る意見書（様式第１号）

　　　　　　□ 申請者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）の写し

※１　現に他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。

２　居宅介護支援の実施に当たり必要となる個人情報を事業者に提供します。

（裏面）

現時点において、利用したいサービスの番号に〇印をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | サービス等の内容 |
| 居宅介護支援 | １　ケアマネジャーの利用 |
| 居宅サービス | １　訪問介護  （１）身体介護中心　（２）生活援助中心　（３）通院等乗降介助  ２　訪問入浴介護  ３　訪問リハビリテーション  ４　夜間対応型訪問介護 |
| 福祉用具の貸与 | １　手すり（工事を伴わないもの）  ２　スロープ（工事を伴わないもの）  ３　歩行器  ４　歩行補助つえ  ５　車椅子  ６　車椅子付属品  ７　特殊寝台  ８　特殊寝台付属品  ９　床ずれ防止用具  10　体位変換器  11　徘徊感知機器  12　移動用リフト（つり具の部分を除く。）  13　自動排せつ処理装置 |
| 特定福祉用具の購入 | １　腰掛便座  ２　自動排せつ処理装置の交換可能部品  ３　排泄予測支援機器  ４　入浴補助用具  ５　簡易浴槽  ６　移動用リフトのつり具の部分 |

利用予定の事業所があれば記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 利用予定の事業所名称 |
| 居宅サービス |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 特定福祉用具の購入 |  |

※１　医師の意見書作成に要する経費は、本事業の補助対象となります。

２　領収書や利用したサービスの明細書は、申請の際に必要となります。紛失した場合は、請求できませんので大切に保管してください。

様式第３号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　結城市長　　　　　　　　　印

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用承認（不承認）通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請があった令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、下記のとおり承認（不承認）したので通知します。

記

１　承認

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 補助対象期間 | 年　　　月以降 |

２　不承認

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 |  |

※不承認の場合は、（教示）を付すること。

（教示）

１　この決定に不服がある場合には、行政不服審査法（平成２６年法律第６８号）第２条

　の規定により、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３箇月以内に、結

　城市長に対して審査請求をすることができます。

２　この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６

　箇月以内に限り、結城市を被告として（訴訟において結城市を代表する者は結城市長と

　なります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起

　算して６箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの

　処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を

　受けた日の翌日から起算して３箇月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消し

　の訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６箇月以内

　であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた

　日の翌日から起算して６箇月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日か

　ら起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなりま

　す。）。

様式第４号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

結城市長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用変更（中止）届出書

　令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、次のとおり届け出ます。

１　利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |

２　申請内容の変更（変更箇所のみに記載してください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  　　　　電話番号　　　　（　　　　　） |
| 生活保護費受給の有無 | | □有 □無 |

３　利用の中止（中止の理由が生じた日：　　　　　年　　月　　日）

中止の理由について、該当するものにチェックを入れてください。

* 利用者が市外に転出したため
* 利用者が入院したため
* 利用者が４０歳に達するため
* 他の公的な制度を利用することになったため

（制度名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式第５号（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　結城市長　　　　　　　　　　印

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用変更（中止）承認通知書

　　　　　年　　月　　日付けで変更（中止）の申請があった令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、下記のとおり利用変更（中止）内容を承認したので通知します。

記

１　利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |

２　変更（中止）内容

|  |
| --- |
|  |

３　変更（中止）日

　　　　　年　　月　　日

様式第６号（第９条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　結城市長　　　　　　　　　　印

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金利用承認取消通知書

　　　　　年　　月　　日付けで承認した令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の利用について、令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要項の規定により利用承認を取り消したので通知します。

記

１　利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |

２　取消理由

|  |
| --- |
|  |

３　取消日

　　　　　年　　月　　日

様式第７号（第１０条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

結城市長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

令和６年度結城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

　令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金（　　　　年　　月分～　　　　年　　月分）の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

１　利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |

２　申請額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | 本・支店名 | 預金種類 | | | | | | |
|  | |  | 普通・当座 | | | | | | |
| フリガナ |  | | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  | |

【添付書類】□　サービス計画表

□　助成対象費用の領収書（写し）

□　利用サービスの明細書（日時、内容、利用回数、金額がわかるもの）

　　　　　　□　その他市長が必要と認める書類

　　　　　　□　通帳の写し（振込先の内容がわかるもの）

【留意事項】・交付申請額は、利用料から利用者負担額を控除した額とする。

・利用料は、上限額の範囲内とする。

（裏面）

【申請金額内訳】

１　医師の意見書作成費　　　　　　　　　　　　　　　円（上限額5,000円）【Ａ】

２　訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与サービス利用料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | サービス区分 | サービス利用額 | 申請額 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 合計 | | | 円【Ｂ】 |

※１　各月のサービス利用額の計に０．９を乗じて、千円未満を切り捨てた金額（１月当たり上限額７万２，０００円）を申請額欄に記入してください。

２　生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）の規定に基づく保護を受けている方については、

助成対象費用の全額を助成しますので、各月のサービス利用額の計と同額（ただし、８万円を超える場合は、８万円）を申請額欄に記入してください。

３　特定福祉用具の購入費用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | 購入品目 | サービス利用額 | 申請額 |
| 年　　月分 |  |  | 円【Ｃ】 |
| 年　　月分 |  |  |
| 年　　月分 |  |  |
|  | 計 | 円 |

※１　サービス利用額の計に０．９を乗じて、千円未満を切り捨てた金額を申請額欄に記入してください。ただし、１年度当たりの上限額は、４万５，０００円です。

２　生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）の規定に基づく保護を受けている方については、

助成対象費用の全額を助成しますので、サービス利用額の計と同額を申請額欄に記入してください。ただし、１年度当たりの上限額は、５万円です。

【Ａ】、【Ｂ】、【Ｃ】の合計額を表面の「２　申請額欄」に記入してください。

様式第８号（第１１条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　結城市長　　　　　　　　　　印

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付（不交付）決定通知書

年　　月　　日付けで申請があった令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請について、下記のとおり決定したので通知します。

記

１　交付

　　交付決定額　　　　　　　　　　　　　円

振込予定額　　　　　　　年　　月　　日

２　不交付

　　不交付理由：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ |  |  |  |  |  |  |

様式第９号（第１３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　結城市長　　　　　　　　　印

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定取消通知書

　　　　　年　　月　　日付けで交付決定した令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金については、下記のとおり決定を取り消すことを通知します。

記

１　取消金額　　　　　　　　　　　　　　　円

２　取消理由：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ |  |  |  |  |  |  |