

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱

(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するため、在宅サービス等の利用料の一部を補助するために必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 本事業の対象者は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 本補助金の承認申請日時点で町内に住所を有すること。
- (2) 年齢が0歳以上40歳未満の者。ただし、次条第2号及び第3号の利用については、児童福祉法（昭和22年法律第164号）の規定による小児慢性特定疾病医療費の支給を受けていない者に限る。
- (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であること。
- (4) 在宅生活の支援及び介護が必要な者であること。
- (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であること。

(補助対象経費)

第3条 補助金の交付の対象は、南知多町介護保険制度において利用することができる在宅サービス等のうち、前条に規定する対象者が次に定めるサービスの利用に要した費用とする。

- (1) 在宅サービスにかかる利用料
 - ア 訪問介護
 - イ 訪問入浴介護
 - ウ 訪問看護
 - エ 訪問リハビリテーション

オ 居宅療養管理指導

カ 夜間対応型訪問介護

(2) 福祉用具の貸与にかかる費用

ア 手すり

イ スロープ

ウ 歩行器

エ 歩行補助つえ

オ 車椅子

カ 車椅子付属品

キ 特殊寝台

ク 特殊寝台付属品

ケ 床ずれ防止用具

コ 体位変換器

サ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）

シ 自動排せつ処理装置

(3) 福祉用具の購入にかかる費用

ア 腰掛便座

イ 自動排せつ処理装置の交換可能部品

ウ 入浴補助用具

エ 簡易浴槽

オ 移動用リフトのつり具

(補助対象額等)

第4条 補助対象経費は、第7条の規定による補助金の利用決定に係る前条各号に規定するサービスの利用に要した1月当たりの費用の総額とする。ただし、6万円を上限とする。

- 2 補助金の額は、前項で算出した額に100分の90を乗じて得た額とする。
- 3 前項に基づき算出する額に千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。

(補助金の利用申請)

第5条 第2条に規定する対象者であって、補助を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書（様式第1号）及び医師による意見書（様式第2号。以下「意見書」という。）を町長に提出しなければならない。

(医師の意見の聴取等)

第6条 町長は、必要と認める場合には、申請者について医師の意見を求めることができるものとする。

- 2 申請者は、前条に規定する承認申請を行った後、1年を経過した場合は、再度意見書を町長に提出しなければならない。

(承認決定及び通知)

第7条 町長は、第5条に規定する利用申請があったときは、その内容について審査し、承認することを決定したときは、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用決定通知書（様式第3号）により、承認しないことを決定したときは、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用不承認通知書（様式第4号）により、申請者に対し通知するものとする。

(変更等の届出義務)

第8条 申請者は、支援事業の利用期間中において、次の各号のいずれかに該当したときは、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）申請書（様式第5号）により、速やかにその旨を町長に届け出なければならない。

- (1) 住所等申請内容に変更が生じたとき。
- (2) 支援事業を利用する必要がなくなったとき。

(3) 第2条に規定する対象者に該当しなくなったとき。

(変更決定及び変更通知)

第9条 町長は、前条に規定する利用変更（廃止）申請があったときは、速やかに変更又は廃止の可否を決定し、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）決定通知書（様式第6号）又は南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）不承認通知書（様式第7号）により、申請者に通知するものとする。

(決定の中止又は取消し)

第10条 町長は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、本事業の利用決定を中止し、又は取り消すことができる。

(1) 疾病等により支援事業を行うことが困難であると認められるとき。

(2) 町長が支援事業を利用することについて適当でないと認めるとき。

2 町長は、前項に規定する支援事業の中止又は取消しをしたときは、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用決定中止（取消）通知書（様式第8号）により、申請者に通知するものとする。

(交付申請及び請求)

第11条 第7条の規定により補助金の利用決定通知を受けた者は、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書（様式第9号）に町長が必要と認める書類を添えて、町長に交付申請するものとする。また、申請者は、補助金の請求及び受領に関する権限を委任する場合は、委任状（様式第9条の2）を町長に提出するものとする。

2 前項の規定による交付申請等は、利用月単位で行う。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 申請者がサービスを利用した日から、利用料を請求しないまま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。

(補助金の交付決定及び支払)

第12条 町長は、前条の規定による交付申請があったときは、その内容について審査し、適当と認めるときは、補助金の額を決定するとともに、その旨を南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付決定通知書（様式第10号）により申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の規定により交付を決定した補助金を速やかに申請者に支払うものとする。

(補助金の返還)

第13条 町長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の支給を受けた者に対し、その全部又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、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用申請書

年 月 日

南知多町長 様

申請者 住所
氏名（自署）
電話番号

ふりがな 利用者氏名 (甲)	生年 月 日		年 月 日
	(年齢 歳)		
住所	〒 電話番号 ()		
家族構成	氏名	続柄	生年月日
主治医	病院名： 医師名： 電話番号 ()		
利用開始 予定日	年 月 日		
対象経費	区分	サービスの内容（該当するものを○で囲んでください）	
	1. 在宅サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・居宅療養管理指導・ 訪問リハビリテーション・夜間対応型訪問介護	
	2. 福祉用具の 貸与	手すり・スロープ・歩行器・歩行補助つえ・車椅子・ 車椅子付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・体位変換器・ 床ずれ防止用具・自動排せつ処理装置・移動用リフト (つり具の部分を除く。)	
3. 福祉用具の 購入	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・簡易浴槽・ 入浴補助用具・移動用リフトのつり具の部分		
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業に係る補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。		
	氏名（自署）	甲との続柄	
	住所 〒	生年月日 年 月 日	
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有 ・ 無)		

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

様式第2号（第5条関係）（表面）

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業 医師による意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒		
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、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第3号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>南知多町長 様</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>			

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第3号（抜粋）
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つたと判断されたがん患者であること。

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

- ①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。
- ②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）
上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。
- ③転移すること（転移性）
さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。
- ④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

- ①組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの。
- ②組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

様式第3号（第7条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用決定通知書

年 月 日付で申請のありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり決定します。

記

- 1 支援事業の開始日
年 月 日
- 2 対象者氏名
- 3 補助金の対象として決定したサービスの内容
- 4 補助金交付の条件等

様式第4号（第7条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用不承認通知書

年 月 日付で申請のありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対象者名
- 2 不承認の理由

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）申請書

年 月 日

南知多町長 様

申請者 住所
氏名（自署）
電話番号

年 月 日付けで利用決定を受けた南知多町若年がん患者在宅療養支援事業について、申請内容に変更が生じたので 下記のとおり申請します。

記

- 1 申請区分 （ 廃止 ・ 変更 ） ※変更の場合は、2もご記入ください。
- 2 変更内容（変更箇所のみ記載してください。）

ふりがな				生年 月 日	年 月 日
利用者氏名 (甲)					(年齢 歳)
住所	〒 電話番号 ()				
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考（連絡先等）	
主治医	病院名： 医師名： 電話番号 ()				
利用開始 予定日	年 月 日				
対象経費	区分	サービスの内容（該当するものを○で囲んでください）			
	1. 在宅サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・居宅療養管理指導・訪問リハビリテーション・夜間対応型訪問介護			
	2. 福祉用具の貸与	手すり・スロープ・歩行器・歩行補助つえ・車椅子・車椅子付属品・特殊寝台・特殊寝台付属品・体位変換器・床ずれ防止用具・自動排せつ処理装置・移動用リフト（つり具の部分を除く。）			
	3. 福祉用具の購入	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・簡易浴槽・入浴補助用具・移動用リフトのつり具の部分			
受任者 (乙)	甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、乙に本事業にかかる補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
	氏名（自署）	甲との続柄			
	住所 〒	生年月日 年 月 日			
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給 (有 ・ 無)				

様式第6号（第9条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）決定通知書

年 月 日付けで利用変更（廃止）申請のありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり決定します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 変更（廃止）を決定した内容

様式第7号（第9条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用変更（廃止）不承認通知書

年 月 日付けで利用変更（廃止）申請のありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記の理由により不承認とします。

記

- 1 対象者名
- 2 変更（廃止）不承認の理由

様式第8号（第10条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金利用決定中止（取消）通知書

年 月 日付け 番 号で利用決定をした南知多町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記の理由により中止（取消）とします。

記

- 1 対象者名
- 2 中止（取消）の理由

南知多町長 様

請求者 住所
氏名（自署）
電話番号

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日付けで利用決定の通知がありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業について、下記のとおり補助金の交付を申請し、交付決定額をもって請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円 （ 年 月利用分）

（内訳）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	/	※ (A) × 0.9 または補助上限額 5 万 4 千円のいずれか少ない額
② 福祉用具の貸与	円		
③ 福祉用具の購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 利用者（補助対象者）

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金 融 機 関 名		種 別					
銀 行 信用金庫 信用組合	支 店 出張所	普通預金 ・ 当座預金 ・ その他					
		口 座 番 号					
フリガナ							
口座名義人							

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係が分かる書類を添付してください。

様式第9号の2（第11条関係）

委任状

年 月 日

南知多町長 様

（委任者） 住所

氏名（自署）

電話 （ ）

私は、下記の者を代理人と定め、南知多町若年がん患者在宅療養支援事業に係る補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。

なお、この委任状の有効期限は、民法第653条第1号の規定によるものとします。

記

（受任者） 住所

氏名（自署）

電話 （ ）

※請求書の口座名義人と同一の名義であること。

※提出が必要と認められる場合は、本人確認書類も併せて提出すること。

※事業者委任の場合は、氏名の欄に事業所名と管理者名を記載すること。

様式第10号（第12条関係）

番 号
年 月 日

申請者名 様

南知多町長

南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました南知多町若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり決定します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 補助金額 金 円（年 月利用分）