

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、若年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ため、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 本事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 石垣市内に住所を有する（住民基本台帳に記録されている）者
- (2) 介護保険における特定疾病としてのがんの定義及び診断基準に該当する者であり、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若しくは次のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、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にあるもの
ア 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
イ 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、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
- (3) 対象サービス利用時に、年齢が20歳以上40歳未満である者（当該時点において、年齢が18歳又は19歳である者であって、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を含む。）
- (4) 在宅の生活を営む上において居宅介護等の支援が必要な者
- (5) 他の制度によって本事業と同等の助成等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。）に規定されたサービスのうち、次に掲げるサービスの利用料を助成の対象とする。

- (1) 訪問介護（法第8条第2項）
- (2) 訪問入浴介護（法第8条第3項）
- (3) 福祉用具貸与（法第8条第12項）
- (4) 特定福祉用具の購入（法第8条第13項）

(助成金の額)

第4条 助成金の額は対象者が利用した助成対象経費に10分の9を乗じて得た額（1円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てるものとする。）とし、対象者1人につき、ひと月当たり54,000円を限度額とする。ただし、特定福祉用具については、対象者1人につき、福祉用具の種類ごとに1回限りとする。

(対象者負担)

第5条 対象者は、サービス利用料の1割に相当する額（以下「本人負担額」という。）を負担する。ただし、サービス利用料から本人負担額を控除した後の額が助成上限額を超える場合については、助成上限額を超えた額の全額を対象者が別途負担するものとする。

(利用の申請)

第6条 第2条に定める対象者で事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書（様式第1号）に次の書類を添え、市長に申請しなければならない。

- (1) 終末期のがんであることが確認できる医師の意見書（様式第 2 号）
 - (2) 現住所及び生年月日が確認できる書類（マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。ただし、石垣市で確認が可能な場合は省略できるものとする。）
 - (3) その他市長が必要と認める書類
- 2 申請者は、申請書内で支援事業に係る一切の手続を民法（明治 29 年法律第 89 号）第 643 条に基づき委任することができ、受任者は同法第 653 条第 1 項第 1 号の規定にかかわらず、本事業に係る手続を委任されているものとする。
- （利用決定通知）
- 第 7 条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに利用の可否を決定し、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用決定（却下）通知書（様式第 3 号、様式第 4 号）により申請者に通知するものとする。
- （県への意見聴取）
- 第 8 条 市長は、本事業利用の決定に当たり、必要と認める場合には、県の意見を求めることができる。
- （変更の申請）
- 第 9 条 決定通知を受けた申請者は、決定したサービス（以下「利用決定サービス」という。）の内容を変更する必要があるときは、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書（様式第 5 号）を速やかに市長に提出しなければならない。
- （変更の決定及び通知）
- 第 10 条 市長は、前条の変更（廃止）申請書を受理したときは、速やかに変更の可否等を決定し、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更承認（廃止）通知書（様式第 6 号、様式第 7 号）により申請者に通知するものとする。
- （利用の中止又は取消）
- 第 11 条 市長は、第 7 条又は第 10 条の決定又は承認の通知に基づいてサービスを利用する者（以下「サービス利用者」という。）が次の各号のいずれかに該当するときは、本事業の利用を中止又は取り消すことができる。
- (1) サービス利用者等の症状の悪化などにより、本事業を利用することが困難であると認められるとき
 - (2) その他市長が本事業を利用することについて適当でないと認めたとき
- 2 市長は、前項の中止又は取消をしたときは、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用中止（取消）通知書（様式第 8 号）により、サービス利用者に通知するものとする。
- （サービス提供事業者への依頼）
- 第 12 条 事業者へのサービス提供依頼は、申請者自身が行うものとする。
- （支給の請求）
- 第 13 条 申請者は、利用決定サービスの提供を受けたときは、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書（様式第 9 号）に、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第 10 号）及び領収書を添付し、市長に提出することにより助成金を請求するものとする。ただし、本請求は利用決定サービスを受けた月ごとに行うものとする。
- 2 前項の請求は、利用決定サービスを受けた月の翌月の 20 日（市長が特別の理由があるとき、市長が別に定める日）までに行うものとする。
 - 3 サービス利用者は、助成の申請日以降のサービス利用料について、市長に請求できるものとする。

- 4 市長は、請求を受けた日を基準に、助成対象年度を判定するものとする。
- 5 市長は、サービス利用者から助成金の請求があったときは、内容を審査し、適当と認められる場合に助成金を支払うものとする。

(個人情報の取扱い)

第14条 本事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意するものとする。

(委任)

第15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

この要綱は、公布の日から施行する。

(表面)

様式第 1 号 (第 6 条関係)

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書

年 月 日

石垣市長

様

(申請者) (〒907-)

住 所 石垣市

氏 名

電話番号

関係書類を添えて次のとおり石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業の利用を申請します。
なお、次のことについて同意します。

☐ 石垣市が事業実施に関し必要な情報 (住民基本台帳、税情報等の公簿) を閲覧すること。

☐ 石垣市から医療機関に対し治療内容を照会すること。

☐ 石垣市から対象サービス提供者に対しサービス提供内容について照会すること。

☐ 石垣市から県に対し、石垣市の実績に係る情報を提供すること。

1 対象者 (甲)	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
2 家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)
3 受任者 (乙)	甲は、民法第 653 条第 1 項第 1 号の規定にかかわらず、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る一切の手続を下記の者 (乙) に委任します。			
	ふりがな		対象者との 関係	
	氏 名			
	住 所	□対象者と同じ		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署)			

(裏面)

4 確認事項	☐ 他の制度（障害者総合支援法、児童福祉法等）において、支援事業と同等の補助等を受けていない							
5 添付書類	☐ 医師の意見書（様式第２号） ☐ 対象者の現住所及び生年月日が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。ただし、石垣市で確認が可能な場合は省略できるものとする。)。 ☐ 受任者の本人確認書類及び対象者との関係が分かる書類							
6 主治医	病院名		医師名		電話番号			
7 利用開始 予定日	年 月 日							
8 利用サービス	(1) 訪問介護 事業者名 ()							
	①身体介護（利用サービスに✓）							
	☐ 排泄・食事介助		☐ 清拭・入浴、身体整容		☐ 体位変換・移動・外出介助等			
	☐ 起床及び就寝介助		☐ 服薬介助		☐ その他 ()			
	②生活援助（利用サービスに✓）							
	☐ 掃除		☐ 洗濯		☐ ベッドメイク			
	☐ 衣類の整理・補修		☐ 調理・配下膳		☐ 買い物・菓の受け取り			
	③通院等乗降介助（利用サービスに✓）							
☐ 乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助								
☐ 通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助								
9 振込先	金融機関名		銀行 金庫 農協 組合		本店 支店 支所 出張所		預金種別	普通 当座 その他
	口座名義		口座番号					
			※カタカナで記載。申請者又は受任者の口座であること。					

様式第 2 号（第 6 条関係）

医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
特記事項			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、末期がん（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）と判断できる。

（最初に判断を行った年月日： 年 月 日）

石垣市長 様 年 月 日

医療機関名 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師名 _____

(自署の場合は押印不要)

印

参考（石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱）

（対象者）

第 2 条 本事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

(1) 石垣市内に住所を有する（住民基本台帳に記録されている）者

(2) 介護保険における特定疾病としてのがんの定義及び診断基準に該当する者であり、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若しくは次のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、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にあるもの

ア 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

イ 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、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

(3) 対象サービス利用時に、年齢が 20 歳以上 40 歳未満である者（当該時点において、年齢が 18 歳又は 19 歳である者であって、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を含む。）

(4) 在宅の生活を営む上において居宅介護等の支援が必要な者

(5) 他の制度によって本事業と同等の助成等を受けることができない者

様式第3号（第7条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用決定通知書

第 号
年 月 日

申請者

石垣市長 印

年 月 日付けで申請のありました石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業については、下記のとおり利用決定したので通知します。

なお、利用サービスや住所の変更など、申請内容に変更が生じたとき又は、この事業を利用する必要がなくなった場合は、速やかにその旨を届け出てください。

記

1 利用開始日

年 月 日

2 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	石垣市		

3 決定したサービス内容

(1) 訪問介護	事業者名 ()	
①身体介護		
☐ 排泄・食事介助	☐ 清拭・入浴、身体整容	☐ 体位変換・移動・外出介助等
☐ 起床及び就寝介助	☐ 服薬介助	☐ その他 ()
②生活援助		
☐ 掃除	☐ 洗濯	☐ ベッドメイク
☐ 衣類の整理・補修	☐ 調理・配下膳	☐ 買い物・薬の受け取り
③通院等乗降介助		
☐ 乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助		
☐ 通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助		
(2) 訪問入浴介護	事業者名 ()	
(3) 福祉用具貸与	事業者名 ()	
	貸与種目 ()	
(4) 特定福祉用具購入	事業者名 ()	
	購入種目 ()	

様式第4号（第7条様式）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用却下通知書

第 号
年 月 日

申請者

石垣市長 印

年 月 日付けで申請のありました石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業については、審査の結果、下記のとおり却下することを決定したので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	石垣市		

2 却下とした理由

様式第 5 号（第 9 条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

石垣市長

様

（申請者又は受任者）

住 所 石垣市

氏 名

電話番号

年 月 日付で承認を受けた、石垣市若年がん患者療養生活支援事業に係る利用について、下記のとおり変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、申請します。

記

1 利用内容に変更が生じた場合

(1) 変更内容

(2) 事由が生じた日

2 支援事業を利用する必要がなくなった場合

(1) 理由

☐ 利用者が入院することになった ☐ 利用者が亡くなった

☐ その他（ ）

(2) 事由が生じた日

3 対象者に該当しなくなった場合

(1) 理由

☐ 他の自治体に転居した ☐ 40 歳に到達した

他の事業等において、同様のサービスを受けられることになった

（上記の内容 ）

その他（ ）

(2) 事由が生じた日

様式第 6 号（第 10 条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用変更承認通知書

第 号
年 月 日

申請者

石垣市長 印

年 月 日付けで申請がありました石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る利用変更について、下記のとおり変更内容を承認したので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

ふりがな	
氏 名	
住 所	石垣市
電 話 番 号	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）

2 変更内容

3 変更日

様式第 7 号（第 10 条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用廃止通知書

第 号
年 月 日

申請者

石垣市長 印

年 月 日付けで申請がありました石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る利用について、下記のとおり利用の廃止を決定したので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

ふりがな	
氏 名	
住 所	石垣市
電 話 番 号	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）

2 廃止の理由

3 廃止日

様式第 8 号（第 11 条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用中止（取消）通知書

第 号
年 月 日

申請者

石垣市長 印

年 月 日付けで承認した石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業に係る利用について、下記の理由により中止（取消）することとしましたので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

ふりがな	
氏 名	
住 所	石垣市
電 話 番 号	
生 年 月 日	年 月 日（ 歳）

2 中止（取消）とした理由

3 中止（取消）日

様式第 9 号（第 13 条関係）

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

石垣市長 様

(申請者) (〒907-)
住 所 石垣市
氏 名
電話番号

年 月 日付で承認を受けた、石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業の
助成金（ 年 月分）について交付されるよう、関係書類を添付し請求します。

1 請 求 金 額 円

2 利 用 者 名

3 振込先（石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業利用申請書（様式第 1 号）に記載し
た口座と同一であること。）

金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通 当座 その他			
口座名義	※カタカナで記入	口座番号					

※石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第 1 0 号）を添付してくだ
さい。
※この請求書は月ごとに作成し、サービスを受けた月の翌月の 20 日までに提出してくださ
い。

石垣市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

（ ）様分

年 月 分	区分	サービス利用 料 (A)	助成率 (B)	(A) × (B)	請求額 (C)
	①訪問介護				
	②訪問入浴介護				
	③福祉用具貸与				
	④特定福祉用具購入				
	合計(①+②+③+④)	円	9/10	円	円

※サービス利用料は支払った対象経費を全てご記入ください。

※請求額 (C) には、(A) × (B) と 54,000 の低い方の額をご記入ください（1 円未満の端数は切り捨て）。

サービス	※提供したサービスに☑を記入してください。 ☐ (1) 訪問介護 ①身体介護 ☐ 排泄・食事介助 ☐ 清拭・入浴、身体整容 ☐ 体位変換・移動・外出介助等 ☐ 起床及び就寝介助 ☐ 服薬介助 ☐ その他（ ） ②生活援助 ☐ 掃除 ☐ 洗濯 ☐ ベッドメイク ☐ 衣類の整理・補修 ☐ 調理・配下膳 ☐ 買い物・薬の受け取り ③通院等乗降介助 ☐ 乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助 ☐ 通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助 ☐ (2) 訪問入浴介護 ☐ (3) 福祉用具貸与 種目（ ） ☐ (4) 特定福祉用具購入 種目（ ）	
	上記のとおりサービス提供を実施しました。 年 月 日 サービス提供事業者名 _____ 管理者氏名（自署） _____ 住所 _____ 電話番号 _____	