

桑名市告示第103号

桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付要綱を次のように定める。

令和6年3月26日

桑名市長 伊藤 徳 宇

桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、医師により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がん患者の在宅における療養生活を支援することにより、患者及びその家族の経済的負担の軽減を図り、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支援するために、桑名市若年がん患者在宅ターミナル支援事業補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、桑名市補助金等交付規則（平成16年桑名市規則第54号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

第2条 この事業による補助を受けることができる対象者（以下「補助対象者」という。）は、次の要件を全て満たす者とする。

- (1) 次条各号に掲げるサービスの利用時点において、市内に住所を有する者
- (2) 次条各号に掲げるサービスの利用時点において、40歳未満の者
- (3) 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。）
- (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補助又は給付を受けることができない者
- (6) 桑名市の事務事業からの暴力団等排除措置要綱（令和2年桑名市告示第146号）第3条各号のいずれにも該当しない者

(補助対象費用)

第3条 この事業による補助の対象となる費用（以下「補助対象費用」という。）は、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する居宅サービスのうち、次に掲げるサービスの利用に要した費用とする。ただし、第3号及び第4号に掲げるサービスは、別表第1に掲げる福祉用具に係るものに限る。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問入浴介護
- (3) 福祉用具貸与
- (4) 福祉用具販売

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、別表第2に定める基準額と補助対象費用を比較して少ない方の額（以下「補助基本額」という。）に、100分の90を乗じて得た額とする。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定に基づく被保護者については、補助基本額の全額を補助するものとする。

(補助の申請等)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（補助対象者が未成年の場合は、その保護者。以下「申請者」という。）は、桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 1年以内に発行された医師意見書（様式第2号）
- (2) 補助対象費用に係るサービスの明細の写し及び領収書（月単位でまとめたものに限る。）
- (3) 申請者の本人確認書類
- (4) 委任状（補助対象者（未成年を除く。）と申請者が異なる場合に限る。）

2 補助金の申請は、補助対象費用に係るサービスの利用を開始し、又は購入した日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

(医師の意見の聴取)

第6条 市長は、必要と認める場合には、補助対象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。

(交付決定及び支払)

第7条 市長は、第5条の規定による申請があった場合は、速やかにその内容を審査し、相当と認めるときは、補助金の交付を決定し、桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するとともに、申請者が指定した金融機関の口座に振り込むものとする。

（補助金の交付の取消し等）

第8条 市長は、前条の審査の結果、その申請を相当と認めないときは、その理由等を書面により申請者に通知するものとする。

2 市長は、申請者が虚偽その他不正な手段により補助金の交付を受けたときは、補助金の交付決定を取り消すことができる。

（補助金の交付の取消し等）

第9条 市長は、前条第2項の規定により補助金の交付を取り消した者に対して、期限を定めて、交付した補助金の全部又は一部の返還を命ずることができるものとする。

（その他）

第10条 この告示に定めるもののほか、この告示の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

別表第1（第3条関係）

区分	福祉用具の種類
福祉用具貸与	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
	手すり（工事を伴わないもの）
	スロープ（工事を伴わないもの）
	歩行器
	歩行補助つえ
	移動用リフト（つり具の部分を除く。）
	自動排泄処理装置
	その他市長が必要と認めるもの
福祉用具販売	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の部分
	排泄予測支援機器
	その他市長が必要と認めるもの

別表第2（第4条関係）

区分	基準額
訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸与	1月当たり9万円
福祉用具販売	1年当たり10万円

様式第1号（第5条関係）

桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

桑名市長

申請者 住所.....

氏名.....

続柄.....

電話番号.....

標記について、下記のとおり申請するとともに、補助金を交付されるよう請求します。

若年がん患者 <small>※申請者と異なる場合は、委任状の添付が必要（未成年の場合は除く。）</small>	ふりがな			生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号
主治医等	病院名： 医師名： 医学的知見に基づき回復の見込みがない状態と判断された年月： 年 月			
交付申請額				
利用年月	利用したサービス	小計 (A)	Aと90,000円のいずれか低い額 (B)	申請額 B×0.9 (生活保護の方はBの額と同額)
年 月	訪問介護			
	訪問入浴介護	円		
	福祉用具貸与	円	円	円
年 月	訪問介護			
	訪問入浴介護	円		
	福祉用具貸与	円	円	円
年 月	訪問介護			
	訪問入浴介護	円		
	福祉用具貸与	円	円	円
年 月	訪問介護			
	訪問入浴介護	円		
	福祉用具貸与	円	円	円
年 月	訪問介護			
	訪問入浴介護	円		
	福祉用具貸与	円	円	円
訪問介護等合計 (C)				円

(裏面に続きます。)

交付申請額					
利用年月	利用したサービス		小計 (A)	Aと100,000円の いずれか低い額 (B)	申請額 (B×0.9) (生活保護の方はBと同額)
年 月	福祉用具 販売	円	円	円	円
年 月	福祉用具 販売	円	円	円	円
福祉用具販売合計 (D)					円
申請額合計 (C+D)					円
同意欄	<input type="checkbox"/> 私は、この申請の審査及び補助金の交付の決定後の調査のために、市長が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。 利用者氏名 (※) ※利用者（若年がん患者）が申請者と異なる場合は、利用者が署名してください。				
	<input type="checkbox"/> 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。 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無（有・無） 障害者総合支援法に基づく給付の有無（有・無） その他の給付金の有無（有・無）				
	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給の有無（有・無） <生活保護の受給有の場合> 受給資格審査のため、市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に同意しますか。（同意する・同意しない）				

振込先（申請者名義の口座情報をご記入ください）

金融機関名		支店名	
口座種別	1. 普通		2. 当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

添付書類 (添付した書類に☑を 付けてください)	<input type="checkbox"/> 医師意見書（様式第2号） ※1年以内に発行されたもの（初回のみ） <input type="checkbox"/> 利用した補助対象経費に係るサービスの明細の写し及び領収書 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 ※若年がん患者と申請者が異なる場合のみ （若年がん患者が未成年の場合を除く。）
--------------------------------	--

医師意見書

ふりがな			
患者氏名		生年月日	年 月 日
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、 年 月 から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がん患者であると判断します。</p> <p>桑名市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名（自署） _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 _____</p>		

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準じる。

様

桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア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桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金については、桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり交付を決定しましたので通知します。

年 月 日

桑名市長



記

交付決定額 金 円