

## 高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、若年のがん患者が住み慣れた自宅等で自分らしく過ごせるよう、在宅での療養に対する支援（以下「助成」という。）を行うことにより患者やその家族の負担軽減を図るため、高知市若年がん患者在宅療養支援事業（以下「事業」という。）を実施することについて必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

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

- (1) 本市に住所を有する者であって、次のいずれかに該当する者
    - ア 20歳以上40歳未満の者
    - イ 18歳以上20歳未満の者で、小児慢性特定疾病医療費の支給認定その他のがん患者に対する公的な支援・補助制度を利用していないもの
  - (2) 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医師が判断したがん患者
  - (3) 在宅療養上の生活支援又は介護が必要な者
  - (4) 他の事業により、同様のサービスを利用することができない者
- 2 前項の規定にかかわらず、助成対象者が高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則（平成23年規則第28号。以下「規則」という。）第4条各号のいずれかに該当すると認める場合は、助成金の交付の対象としない。

(助成対象サービス、助成対象費用及び助成基準額)

第3条 助成の対象となるサービス（以下「助成対象サービス」という。）は、次に掲げるものとし、助成の対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）は、助成対象者が利用する助成対象サービスに要する費用（交通費、食事療養費、文書料等を除く。）とする。

- (1) 訪問介護（がん患者の居宅において行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をいう。）
  - (2) 訪問入浴介護（がん患者の居宅を訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護をいう。）
  - (3) 福祉用具貸与（がん患者が居宅で利用する福祉用具（心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障があるがん患者の日常生活上の便宜を図るための用具及び機能訓練のための用具であって、がん患者の日常生活の自立を助けるものをいう。以下「居宅用福祉用具」という。）であって別表第1に定めるものの貸与を受けることをいう。）
  - (4) 福祉用具購入（居宅用福祉用具であって別表第2に定めるものを購入することをいう。）ただし、当該がん患者が小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の給付を受けた場合は、助成対象としない。
  - (5) その他市長が必要と認めるもの
- 2 居宅用福祉用具は、介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて（平成12年1月31日老企第34号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）により示された基準に準拠するものとする。
- 3 助成基準額は、1月当たり6万円とする。

(助成の額)

第4条 助成の額は、1月当たり助成対象費用又は助成基準額のいずれか少ない方の額の9割に相当する額（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者にあつては、助成対象費用又は助成基準額のいずれか少ない方の額）の合計額を限度として予算の範囲内において、市長が認める額とする。

(利用申請)

第5条 助成対象者は、助成対象サービスを利用しようとするときは、高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（様式第1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) 助成対象者が回復の見込みがない状態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) その他市長が必要と認める書類

(利用決定)

第6条 市長は、前条の申請があつたときは、速やかにその内容を審査し、助成対象サービスの利用の可否を決

定し、適当と認めるときは高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書（様式第3号）により、適当でないと認めるときは所定の利用却下通知書により当該申請をした助成対象者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による利用決定に当たって必要と認める場合には、当該申請のあった助成対象者について、医師の意見を求めることができる。

3 第1項の規定により助成対象サービスの利用決定を受けた助成対象者（以下「利用者」という。）が助成対象サービスを利用できる期間（以下「有効期間」という。）は、前条第1項の申請の日以後に助成対象サービスの利用を開始した日から当該開始した日から起算して1年を経過する日又は利用者が40歳に達する日の前日のいずれか早い日とする。

（申請の取下げ）

第7条 利用者は、その内容又はこれに付された条件に不服があり、申請を取り下げようとするときは、当該利用決定の通知を受けた日から2週間以内に、その旨を所定の利用申請取下届出書により市長に届け出るものとする。

2 前項の規定による申請の取下げがあったときは、当該申請に係る利用決定はなかったものとみなす。

（助成対象サービスの利用）

第8条 利用者は、助成対象サービスの利用に当たっては、自ら介護保険法に基づき指定を受けた介護サービス事業所へ依頼するものとする。

（変更承認等）

第9条 利用者は、有効期間において次の各号のいずれかに該当したときは、高知市若年がん患者在宅療養支援事業変更（廃止）承認申請書（様式第4号）により、市長に申請し、その承認を受けなければならない。

(1) 住所等申請内容に変更が生じたとき。ただし、助成対象サービスのうち品目の変更は除く。

(2) 助成対象サービスを利用する必要がなくなったとき。

(3) 第2条に定める助成対象者の要件に該当しなくなったとき。

2 市長は、前項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、変更又は廃止の可否を決定し、高知市若年がん患者在宅療養支援事業変更（廃止）承認（否認）通知書（様式第5号）により当該申請をした利用者へ通知するものとする。

（利用の中止又は取消し）

第10条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成対象サービスの利用を中止し、又は利用の決定を取り消すことができる。

(1) 症状の悪化などにより助成対象サービスを利用することが困難であると認められるとき。

(2) 市長が助成対象サービスを利用することについて適当でないと認めるとき。

(3) 偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたとき。

(4) 規則第4条各号のいずれかに該当することとなったとき。

(5) 前各号に掲げるもののほか、助成金の交付の決定の内容又はこれに付した条件その他この要綱に基づく命令に違反したとき。

2 市長は、前項に規定する中止又は取消しをしたときは、高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用中止（取消）通知書（様式第6号）により、利用者へ通知するものとする。

（継続利用）

第11条 第5条から前条までの規定は、利用者が有効期間の満了日後も継続して助成対象サービスを利用しようとするときについて準用する。この場合において、第5条中「市長に」とあるのは、「有効期間の満了日までに市長に」と読み替えるものとする。

2 前項の規定による継続利用については、1回限りとする。

（助成金の交付請求）

第12条 利用者は、助成金の交付を受けようとするときは、高知市若年がん患者在宅療養支援事業費助成金交付請求書（様式第7号）に次に掲げる書類を添えて、市長に助成金の交付を請求するものとする。

(1) 助成対象サービスの利用に係る領収書の原本

(2) その他市長が必要と認める書類

2 前項の請求は、有効期間の満了前においても助成対象サービスを利用した月について行うことができる。

3 第1項の請求期限は、助成対象サービスを利用した月の末日から2年を経過した日とする。

(助成金の交付)

第13条 市長は、前条の請求があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めるときは、助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第14条 市長は、第10条の規定に基づき利用の決定を取り消した場合において、事業の当該取消しに係る部分に関し、既に助成金を交付しているときは、期限を定めて、その返還を命じなければならない。

(代理人による手続)

第15条 助成対象者又は利用者は、この要綱の規定に基づく申請若しくは請求又は助成金の受領に関する権限を委任しようとする場合は、あらかじめ委任状（様式第8号）を市長に提出しなければならない。

(調査等)

第16条 市長は、事業の適正な執行を確保するために必要な限度において、利用者に対し、書類の提出若しくは報告を求め、又は必要な調査をすることができる。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年6月5日から施行し、令和6年4月1日から適用する。

別表第1（第3条関係）

サービス名称	品目
福祉用具貸与	車椅子 車椅子付属品（電動補助装置等） 特殊寝台 特殊寝台付属品（サイドレール等） 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 歩行補助杖 移動用リフト（つり具の部分を除く。） 自動排泄処理装置

別表第2（第3条関係）

サービス名称	品目
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 排泄予測支援機器 入浴補助用具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分

高知市長 様

申請者 住所  
 氏名  
 生年月日  
 電話番号  
 助成対象者との関係

高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり利用を申請します。また、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

助成対象者	※ 代理人による申請をする場合のみ、次の欄に助成対象者の住所氏名等を記入してください。			
	住所	※		
	ふりがな	※		
	氏名	※		
	生年月日	※	年 月 日	電話番号 ※
利用開始予定日		年 月 日		
サービス名称	申請時点で利用したいサービスすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			
	品目	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 (電源補助装置等) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (サイドレール等) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 手すり (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> スロープ (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入				
品目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具		
生活保護の受給 (該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
≪誓約事項≫以下の項目について確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 助成対象者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。 また、助成対象サービスの利用決定等に当たり、高知市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。				
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 (様式第2号)			
その他特記事項				



住所  
氏名

様

高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書

年 月 日付けで利用申請のありました高知市若年がん患者在宅療養支援事業の利用については、高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり承認することに決定しましたので通知します。

年 月 日

高知市長

記

1 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

2 助成対象者の氏名、住所等

助成対象者氏名		生年月日	年 月 日
助成対象者住所			

3 サービス内容

サービス名称	<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
	品目	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子付属品 (電源補助装置等) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (サイドレール等) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 手すり (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> スロープ (工事を伴わないもの) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
	品目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入		

(注意事項)

上記有効期間満了後も継続して支援事業を利用しようとするときは、満了日までに助成金交付申請書 (様式第1号) 及び1か月以内に発行された医師の意見書 (様式第2号) を提出してください。

(利用の条件)

- 高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱を遵守すること。
- この指令に違反したときは、助成金の全部又は一部を返還させることがある。
- この助成金については、本市職員が調査し、又は監査委員が監査することがある。

年 月 日

高知市長 様

申請者 住所  
氏名  
生年月日  
電話番号  
利用者との関係

高知市若年がん患者在宅療養支援事業変更（廃止）承認申請書

年 月 日付け 高知市指令 第 号により利用決定を受けた高知市若年がん患者在宅療養支援事業の助成について、下記のとおり事業内容の変更・廃止をしたいので、高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第9条第1項の規定により、変更等の承認を申請します。

1 利用者

※ 代理人による申請をする場合のみ、次の欄に利用者の住所氏名を記入してください。（変更前）			
住所	※		
ふりがな	※		
氏名	※		
生年月日	※	年 月 日	電話番号 ※

2 申請内容に変更が生じた場合（変更） 変更となる項目のみ記入してください。

利用者	住所	
	ふりがな	
	氏名	
サービス名称	<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	
生活保護の受給（該当する項目に☑をしてください。）		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

3 支援事業を利用する必要がなくなった場合（廃止）

- 利用者が亡くなったため
- 利用者が入院するため（がんの治療以外は、廃止の対象としない）
- 利用者が市外に転出したため
- 利用者が40歳に達するため
- その他（ ）



住所  
氏名 様

高知市若年がん患者在宅療養支援事業利用中止（取消）通知書

年 月 日付けで利用決定した高知市若年がん患者在宅療養支援事業については、下記の理由により中止（取消）しましたので、高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第9条第2項の規定により通知します。

記

1 利用者の氏名，住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所			

2 中止又は取消しの理由

年 月 日

高知市長 様

申請者 住所  
氏名  
生年月日  
電話番号  
利用者との関係

高知市若年がん患者在宅療養支援事業費助成金交付請求書

年 月 日付け 高知市指令 第 号で利用決定を受けた高知市若年がん患者在宅療養支援事業について、高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第12条の規定により、下記のとおり請求します。

利用者	※ 代理人による請求をする場合のみ、次の欄に利用者の住所氏名等を記入してください。			
	住所	※		
	ふりがな	※		
	氏名	※		
	生年月日	※	年 月 日	電話番号
請求金額内訳	サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	助成額
	年 月	訪問介護	円	イ (アの9/10 (生活保護受給者については10/10) の額)
		訪問入浴介護	円	
		福祉用具貸与	円	
		福祉用具購入	円	
		計	ア 円	
	ウ (イ又は54,000円 (生活保護受給者については60,000円) の低い方の額)			ウ 円
	年 月	訪問介護	円	オ (アの9/10 (生活保護受給者については10/10) の額)
		訪問入浴介護	円	
		福祉用具貸与	円	
		福祉用具購入	円	
		計	エ 円	
	カ (オ又は54,000円 (生活保護受給者については60,000円) の低い方の額)			カ 円
	年 月	訪問介護	円	ク (アの9/10 (生活保護受給者については10/10) の額)
		訪問入浴介護	円	
福祉用具貸与		円		
福祉用具購入		円		
計		キ 円		
ケ (ク又は54,000円 (生活保護受給者については60,000円) の低い方の額)			ケ 円	
請求額	(ウとカとケ合計額)			円
添付書類	<input type="checkbox"/> 助成対象経費の利用に係る領収書の原本			

【裏面もご記入ください】

○振込先口座

口座 名義人	ふりがな							
	氏名							
金融機関名		口座番号（右詰で記入）						
		普通 当座						
店名								

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--

注意事項

振込は、請求のあった日から1か月程度かかります。

委任状

年 月 日

高知市長 様

私は、下記の者を代理人と定め、高知市若年がん患者在宅療養支援事業の利用申請並びに請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

記

委任者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

印

\_\_\_\_\_

生年月日

年 月 日

\_\_\_\_\_

受領者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

生年月日

年 月 日

\_\_\_\_\_