

大口町告示第98号

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱を次のように定める。

令和5年9月28日

大口町長 鈴木雅博

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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し、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。

(補助対象者)

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

- (1) 第5条の申請日において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、大口町の住民基本台帳に記録されている者
- (2) 次条に規定する補助対象経費に係るサービスの利用時点において、40歳未満の者
- (3) 本人及び保護者が児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の2第1項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
- (4) 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ものに限る。）
- (5) 在宅生活の支援及び介護が必要な者

(補助対象経費)

第3条 補助金の交付対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助金の交付対象となる年度（以下「補助対象年度」という。）において、次に掲げる第5条の申請日以降に補助対象者が利用する介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく愛知県知事又は町長による指定を受けた事業者が行うサービス（以下「サービス」という。）とする。この場合において、他の公的制度において同等の助成又は給付の対象となるサービスは除く。

- (1) 訪問介護、訪問入浴介護に係る利用料
- (2) 福祉用具の貸与に係る費用
- (3) 福祉用具の購入に係る費用

(4) その他町長が認める在宅で利用するサービスに係る費用

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、別表に定めるとおりとする。この場合において、当該補助金の額に1円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てる。

(交付の申請)

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、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書（様式第1。以下「申請書」という。）に大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金医師意見書（様式第2。以下「意見書」という。）を添付し町長に提出しなければならない。この場合において、意見書は1年以内に発行されたものに限る。

(交付の決定)

第6条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付（不交付）決定通知書（様式第3）により申請者に通知する。この場合において、町長は、必要があると認めるときは、補助金の交付について条件を付することができる。

(医師の意見の聴取)

第7条 町長は、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。

(変更等の申請)

第8条 第6条の規定により交付決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、次の各号のいずれかに該当したときは、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）申請書（様式第4。以下「変更申請書」という。）に町長が必要と認める書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- (1) 住所等申請内容に変更が生じたとき。
- (2) 補助対象経費に係るサービスに変更があったとき。
- (3) 補助対象者に該当しなくなったとき。

2 町長は、前項の変更申請書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認め

たときは大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）決定通知書（様式第5）により交付決定者に通知する。

（利用の中止）

第9条 町長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助対象経費としない旨を大口町若年がん患者在宅療養支援事業利用中止通知書（様式第6）により申請者に通知する。

(1) 第2条に定める補助対象者に該当しなくなったとき。

(2) 町長が適当でないと認めるとき。

（補助金の請求）

第10条 交付決定者は、補助対象経費を月単位でまとめて、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金請求書（様式第7）に、利用した補助対象経費に係るサービスの明細書の写し及び領収書を添付し、町長に提出するものとする。

2 補助金の請求は、当該サービス利用年度の4月末までに行うものとする。

（補助金の交付）

第11条 町長は、前条第1項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認められる場合に補助金を交付する。

（補助金の交付の取消し等）

第12条 町長は、申請者が偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けたときは、交付決定を取り消し、既に交付した補助金の全部又は一部を返還させることができる。

（委任）

第13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

（施行期日等）

1 この要綱は、告示の日から施行し、同年4月1日から適用する。

（令和5年度の特例）

2 令和5年4月1日から同年11月30日までの間に利用したサービスについては、令和5年11月30日までに申請があったもの限り、第3条第2項の規定

にかかわらず、補助金の交付対象とする。

別表（第4条関係）

補助対象者	補助金の額	補助金の上限額
下記以外の者	補助対象経費の合計額の10分の9	1月当たり5万4千円
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	補助対象経費の合計額の10分の10	1月当たり6万円

様式第1（第5条関係）

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書

年 月 日

大口町長

様

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお申請にあたり、大口町が対象者の住民基本台帳や保護台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

記

補助対象者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
			年齢	歳
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
受任者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	補助対象者との続柄	
その他	生活保護の受給（有・無） 小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無） 他の制度における助成又は給付の受給（有・無）			
利用開始（予定）日		年 月 日		
申請期間		_____年__月分 ~ _____年__月分		
利用するサービスの区分	該当するサービスに○印をつけてください。			
	訪問介護		訪問入浴介護	
	身体介護に関すること		福祉用具貸与	
	生活援助に関すること		福祉用具購入	
	通院等乗降介助に関すること		その他（ ）	

様式第2（第5条関係）

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金医師意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第2条第4号に掲げる要件に該当するものと判断する。

大口町長 様

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医 師 名

※自署または
記名押印

— 大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第2条第4号（抜粋） —
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ものに限る。）

※要介護認定における特定疾病の診断基準に準ずる。

様

大口町長

印

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 補助対象者

氏名		生年月日	
住所			

2 決定の内容

交付・不交付の別	不交付の理由

3 補助の対象となるサービス

訪問介護		訪問入浴介護
身体介護に関する事		福祉用具貸与
生活援助に関する事		福祉用具購入
通院等乗降介助に関する事		その他（ ）

4 その他

様式第4（第8条関係）

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた大口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

- 申請区分（変更・廃止） 変更の場合は2、廃止の場合は3にご記入ください。
- 変更が生じた場合（対象者欄以外は、変更箇所のみ記入してください。）

補助対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	歳
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
受任者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	補助対象者との続柄	
その他	生活保護の受給（有・無） 小児慢性特定疾患医療費の受給（有・無） 他の制度における助成又は給付の受給（有・無）			
申請期間		年 月分 ～ 年 月分		
利用するサービスの区分	変更後に利用するサービスに○印をつけてください。			
		訪問介護		訪問入浴介護
		身体介護に関する事		福祉用具貸与
		生活援助に関する事		福祉用具購入
		通院等乗降介助に関する事		その他 ()

3 申請を廃止する場合

廃止理由	<input type="checkbox"/> 転出した <input type="checkbox"/> 年齢が40歳に到達した <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

第 年 月 日 号

様

大口町長

印

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）決定通知書

年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の変更（廃止）について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 補助対象者

氏名		生年月日	
住所			

2 変更（廃止）を決定した内容

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

大口町若年がん患者在宅療養支援事業利用中止通知書

年 月 日付け 第 号で交付決定した大口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とします。

記

1 補助対象者

氏名		生年月日	
住所			

2 中止の理由

様式第7（第10条関係）

大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、補助対象経費 _____ 年 月分を下記のとおりのご請求をします。
記

1 請求額 金 _____ 円
(内訳)

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額
訪問介護		/	(B) または、別表中補助上限額のいずれか少ない額（生活保護受給者の場合は、(A) × 1.0 または、別表中生活保護受給者の補助上限額のいずれか少ない額）
訪問入浴介護			
福祉用具貸与			
福祉用具購入			
合計	(A)	(B)	

2 補助対象者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	歳
住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		

3 振込口座

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号
銀行 信用金庫 農協	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
金融コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義			

※領収書と利用されたサービスの明細の写しを添付してください。
※申請者と口座名義人が異なる場合、または大口町若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書（様式第1）で受任者を指定していない場合は、以下の委任欄にご記入ください。

<p>【委任】 私（申請者） _____ は、この申請に基づく補助金の受領に関する権限を、 _____（続柄 _____）に委任します。</p>
