

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱

(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し、患者及びその家族の経済的負担の軽減を図るため、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金（以下「補助金」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。

(交付対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者（以下「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) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者
- (2) 第3条第1項に規定する補助対象サービスの利用時点において、年齢が40歳未満の者
- (3) がん患者（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者に限る。）
- (4) 在宅生活の支援及び介護が必要な者
- (5) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく給付を受けていない者
- (6) 福祉用具の貸与又は購入に係る費用の補助にあつては、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病医療費の支給を受けていない者

- (7) 他の制度において同等の助成又は給付を受けていない者
- (8) 転入前の市町村において同制度での補助金の交付を受けていない者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、対象者としなない。

- (1) 市税等を滞納している者
- (2) 稲沢市暴力団排除条例（平成23年稲沢市条例第13号）第2条に規定する暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者に密接な関係を有する者

（補助対象経費）

第3条 補助金の交付の対象となる経費（消費税及び地方消費税を含む。

以下「補助対象経費」という。）は、次に掲げるサービス（以下「補助対象サービス」という。）に係る費用の合計額とする。

- (1) 在宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護その他市長が必要と認めるもの）
- (2) 福祉用具の貸与又は購入

2 補助対象経費には、手数料、文書料、送料等の費用は含めないものとする。

（補助金の額）

第4条 補助金の額は、補助対象経費に10分の9を乗じて得た額とし、

1月当たり5万4,000円を上限とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護者については、補助対象経費の額とし、1月当たり6万円を上限とする。

2 補助金の額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(補助金の交付申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者(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、稲沢市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)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。ただし、天災その他市長がやむを得ない理由があると認める場合については、この限りでない。

(1) 申請日前1年以内に発行された稲沢市若年がん患者在宅療養支援に係る意見書(様式第2)

(2) 生活保護受給者証の写し(対象者が生活保護法による被保護者である場合に限る。)

2 申請者は、補助金の請求及び受領に関する権限について、補助対象サービスを提供する事業者(以下「サービス提供事業者」という。)に委任することができるものとする。

(医師の意見の聴取)

第6条 市長は、必要と認める場合には、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。

(補助金の交付決定及び通知)

第7条 市長は、第5条に規定する申請があったときは、その内容について審査し、補助金の交付を決定したときは、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付決定通知書(様式第3)により、補助金の不交付を決定したときは、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費

補助金不交付決定通知書（様式第4）により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、申請者が補助金の請求及び受領に関する権限について、サービス提供事業者に委任することを希望したときは、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費の請求及び受領依頼書（様式第5）により、当該サービス提供事業者に通ずるものとする。

（変更等の申請）

第8条 前条第1項に規定する交付の決定を受けた者（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、稲沢市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6）により、速やかにその旨を市長に申請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) 補助対象サービス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でなくなったとき。

（変更又は廃止の決定及び通知）

第9条 市長は、前条に規定する変更又は廃止の申請があったときは、その内容について審査し、変更又は廃止の決定をしたときは、稲沢市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7）により、変更又は廃止の承認をしなかったときは、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更（廃止）不承認通知書（様式第8）により、交付決定者に通知するものとする。

（交付決定の取消し）

第10条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、

補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができるものとする。

(1) 疾病等により補助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) 市長が補助金を交付することが適当でないと認めるとき。

2 市長は、前項に規定する補助金の交付決定の取消しをしたときは、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付取消通知書（様式第9）により、交付決定者に通知するものとする。

（補助金の請求）

第11条 交付決定者又は補助金の請求及び受領に関する権限について委任を受けたサービス提供事業者は、補助対象経費を月単位でまとめて、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付請求書（様式第10）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) 補助対象経費に係る内訳が分かる書類の写し（明細書、納品書等）

(2) 補助対象経費に係る領収書（償還払の場合に限る。）

(3) 口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し

(4) 第1号及び第2号に準ずる書類として市長が適当と認めるもの（第1号及び第2号に掲げる書類を添付できない場合に限る。）

2 前項に規定する請求は、補助対象サービスを利用した日の属する月の翌月から起算して1年以内に行わなければならない。

（補助金の交付）

第12条 市長は、前条第1項に規定する請求があったときは、内容を審査し、適当と認めたときは、補助金を交付するものとする。

2 市長は、前条第1項に規定する請求があったときは、当該請求に係る適正な請求書類を受領した日が属する月の翌月末日までに支払うものとする。

(補助金の返還)

第13条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により補助金の交付を受けた者に対し、その全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報の取扱い等)

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とともに、対象者及びその家族の心情に十分配慮した対応を取るものとする。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定めるものとする。

付 則

この要綱は、令和5年9月19日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

様式第1 (第5条関係)

稲沢市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

稲沢市長 殿

申請者 住所
 氏名 (自署)
 対象者との続柄
 電話番号 ()

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の交付を受けたいので、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第5条第1項に基づき、次のとおり申請します。

対象者 (甲)	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	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()			
	確認事項	区分	いずれかに○印		
		小児慢性特定疾病医療費の受給	有 ・ 無		
		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく給付	有 ・ 無		
		生活保護の受給	有 ・ 無		
		他の制度における助成又は給付	有 ・ 無		
		転入前の市町村における同制度での補助金の交付	有 ・ 無		
	情報の取得・提供	受給資格の審査のため市が実施する確認事項に係る調査の実施に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません			
補助金の交付に当たり、必要な限度で市（市が委託する相談支援事業所を含む。）が関係機関等から対象者の情報を取得すること又は関係機関等へ提供することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません					
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者 (乙)	ふりがな		甲との続柄		
	氏名				
	住所	〒 電話番号 ()			
サービス利用開始 (予定) 日		年 月 日			

利用するサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
①在宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 夜間対応型訪問介護 7. その他 ()
②福祉用具の貸与	1. 手すり 2. スロープ 3. 歩行器 4. 歩行補助つえ 5. 車いす 6. 車いす付属品 7. 特殊寝台 8. 特殊寝台付属品 9. 床ずれ防止用具 10. 体位変換器 11. 移動用リフト (つり具の部分を除く。) 12. 自動排泄処理装置 13. その他 ()
③福祉用具の購入	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. その他 ()

(添付書類)

- 1 稲沢市若年がん患者在宅療養支援に係る意見書 (様式第2)
 - 2 生活保護受給者証の写し
 - 3 補助金の請求及び受領に関する権限の委任先一覧 (別紙)
- ※ 2は対象者が生活保護法による被保護者である場合に、3は補助金の請求及び受領に関する権限についてサービスを提供する事業者委任する場合に添付してください。

(確認事項)

- 私は、審査に必要な情報 (住民基本台帳等) の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、市税等の滞納はありません。
- 私は、稲沢市暴力団排除条例に規定する暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者に密接な関係を有する者には、該当しません。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

別紙

補助金の請求及び受領に関する権限の委任先一覧

補助金の請求及び受領に関する権限について、サービスを提供する事業者に委任する場合は、以下を記入し、署名してください。

サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	
サービス内容番号	
事業者名	
住所	
電話番号	

(確認事項)

- サービスを提供する事業者に、補助金の請求及び受領に関する権限を委任することの了承を得ています。
- 補助金の受領の権限を上記の事業者に委任します。
- 市が上記事業者と連絡調整することに同意します。

氏名 (自署) _____

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

様式第2（第5条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援に係る意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
注意事項等			
<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、「末期がん」であると判断します。</p> <p>稲沢市長 殿</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>			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第3（第7条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

稲沢市長



年 月 日付けで申請のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、交付を決定しましたので通知します。

記

- 1 サービス利用開始（予定）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

（連絡先） 部 課 グループ
電話 （内線 ） ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第4（第7条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金不交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

稲沢市長



年 月 日付けで申請のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、不交付を決定しましたので通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 不交付の理由

(連絡先) 部 課 グループ
電話 (内線) ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第5（第7条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費の請求及び受領依頼書

第 年 月 日 号
様

稲沢市長



このことについて、下記の対象者が稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の請求及び受領に関する権限を貴事業所に委任することを希望していますので、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第7条第2項に基づき通知します。

ふりがな		生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)
氏名			
住所	〒		

(備考)

- ・補助金の額は9割（1月当たり5万4,000円を上限）となりますので、自己負担額1割（1月当たり6,000円を上限）と6万円を超過した分を、対象者に請求してください。
- ・手数料、文書料、送料等の費用は補助金の対象外となります。
- ・消費税は補助金の対象となります。

(提出書類)

- ・稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付請求書（様式第10）
- ・補助対象経費に係る内訳が分かる書類の写し（明細書、納品書等）又はそれに準ずる書類として市長が適当と認めるもの
- ・口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し

(連絡先) 部 課 グループ
電話 (内線) ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第6（第8条関係）

稲沢市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

稲沢市長 殿

申請者 住所
 氏名（自署）
 対象者との続柄
 電話番号 （ ）

年 月 日付けで交付決定を受けた稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、申請内容に変更が生じたので、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第8条に基づき、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。）

対象者 (甲)	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	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()		
甲は、サービス利用終了後に甲が請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、乙に稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
受任者 (乙)	ふりがな		甲との 続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			
変更日	年 月 日			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

利用するサービスの番号に○印をつけてください。

区分	サービスの内容
①在宅サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリテーション 5. 居宅療養管理指導 6. 夜間対応型訪問介護 7. その他 ()
②福祉用具の貸与	1. 手すり 2. スロープ 3. 歩行器 4. 歩行補助つえ 5. 車いす 6. 車いす付属品 7. 特殊寝台 8. 特殊寝台付属品 9. 床ずれ防止用具 10. 体位変換器 11. 移動用リフト (つり具の部分を除く。) 12. 自動排泄処理装置 13. その他 ()
③福祉用具の購入	1. 腰掛便座 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. 排泄予測支援機器 7. その他 ()

様式第7（第9条関係）

稲沢市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

第 号
年 月 日

様

稲沢市長



年 月 日付けで変更（廃止）申請のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第9条により、変更又は廃止の決定をいたしましたので通知します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 変更（廃止）内容

（連絡先） 部 課 グループ
電話 （内線 ） ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第 8 (第 9 条関係)

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付変更 (廃止)
不承認通知書

第 号
年 月 日

様

稲沢市長



年 月 日付けで変更 (廃止) 申請のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第 9 条により、変更又は廃止の承認をしませんでしたので通知します。

記

- 1 対象者名
- 2 不承認の理由

(連絡先) 部 課 グループ
電話 (内線) ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

様式第9（第10条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付取消通知書

第 号
年 月 日

様

稲沢市長



年 月 日付けで交付決定をした稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第10条第1項に基づき、取消しの決定をいたしましたので通知します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 取消の内容及び理由

(連絡先) 部 課 グループ
電話 (内線) ファックス

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

様式第10（第11条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付請求書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所
 (受任者) 氏名 (自署)
 電話番号 ()

年 月 日付けで交付決定のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第11条第1項に基づき、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円 (年 月 ~ 年 月分)

※請求内訳は裏面のとおり

2 対象者

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金 融 機 関 名	本 ・ 支 店		種 別	
銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店		1 普通預金	2 当座預金
	金融機関 コード	店舗 コード	3 その他	
			口 座 番 号	
フリガナ				
口座名義人				

(添付書類)

- 1 補助対象経費に係る内訳が分かる書類の写し（明細書、納品書等）
- 2 補助対象経費に係る領収書（償還払の場合に限る。）
- 3 口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し
- 4 1及び2に準ずる書類として市長が適当と認めるもの（1及び2に掲げる書類を添付できない場合に限る。）

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

請求内訳

	区分	補助対象経費 (A)		A×0.9 (※1) (1円未満 切り捨て) (B)	補助金の額 (Bか上限額 (54,000円(※ 2))のいずれか 低い額)
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
請求額				合計	円

※1 生活保護法による被保護者については、A×1.0とする。

※2 生活保護法による被保護者については、60,000円とする。

(確認事項)

- 補助対象経費には、補助対象サービスに係る消費税及び地方消費税を含んでいません。
- 補助対象経費には、手数料、文書料、送料等の費用を含んでいません。
- 補助対象サービスを利用した日の属する月の翌月から起算して1年以内に請求しています。