

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 市は、若年がん患者が、住み慣れた自宅で最後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にするため、在宅における療養生活の支援に係る経費に対し、助成金を交付することとし、その交付については、春日井市補助金等に関する規則（昭和54年春日井市規則第4号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者（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) 市内に住所を有する者
- (2) 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ものに限る。）
- (4) 在宅における療養生活の支援及び介護が必要な者

(助成対象経費)

第3条 助成金の交付の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、次に掲げるサービス（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づき愛知県知事又は市長が指定した事業者その他市長が適当と認めるものが提供するものに限る。以下「サービス」という。）の利用に必要な経費（第6条の申請のあった日以後の利用に係るものに限る。）とする。ただし、他の制度においてサービスに係る給付を受けた場合は、この限りでない。

- (1) 法第8条第2項に規定する訪問介護に相当するもの
- (2) 法第8条第3項に規定する訪問入浴介護に相当するもの
- (3) 法第8条第4項に規定する訪問看護に相当するもの
- (4) 法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーションに相当するもの

- (5) 法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導に相当するもの
 - (6) 法第8条第12項に規定する福祉用具の借受けに相当するもの
 - (7) 法第8条第13項に規定する福祉用具の購入に相当するもの
 - (8) 法第8条第16項に規定する夜間対応型訪問介護に相当するもの
- (助成金の額)

第4条 助成金の額は、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ときは、これを切り捨てた額）とし、助成対象者1人につき、1月当たり54,000円を限度とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている助成対象者については、1人につき、1月当たり60,000円を限度とし、助成対象経費の全額を助成する。

(利用の申請)

第5条 事業を利用しようとする者は、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添付して、市長に提出しなければならない。

- (1) 医師の意見書（春日井市若年がん患者在宅療養支援事業）（第2号様式）又はこれに準ずるものとして市長が適当と認める書類
- (2) 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(利用の決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかに審査を行い、事業の利用の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の審査の結果、事業の利用を決定したときは春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書（第3号様式）により、事業の利用を認めないときは春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用却下通知書（第4号様式）により、申請者に審査結果を通知するものとする。

(医師への照会)

第7条 市長は、必要と認める場合には、助成対象者の病状及び治療内容について医師の意見を求めることができる。

(助成金の請求)

第8条 第6条第1項の利用の決定を受けた者（当該者から委任を受けた者を含む。以下「利用者」という。）が助成金の交付を申請しようとするときは、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書（兼請求書）（第5号様式）に必要事項を記載し、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) 助成対象経費に係る内訳がわかる書類
- (2) 助成対象経費に係る領収書（償還払の場合に限る。）
- (3) 前2号に準ずる書類として市長が適当と認めるもの（前2号に掲げる書類を添付できない場合に限る。）

2 前項の場合において、利用者は、助成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ことができる。

3 第1項の規定による申請は、サービスの利用を開始又は購入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。

4 市長は、第1項の規定による申請があったときは、速やかに審査を行い、助成金の交付額を決定し、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定通知書（第6号様式）により、利用者に通知するものとする。

5 市長は、前項の交付決定に基づく助成金の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。

(資格の取消し)

第9条 市長は、利用者が死亡したとき又は第2条各号に掲げる要件のいずれかに該当しなくなったときは、該当する事実が発生した日をもって、当該利用決定を取り消すものとする。この場合において、同日までに利用したサービスに係る助成金の交付については、前条の例による。

(雑則)

第10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、令和5年4月1日から施行し、同日以後のサービスの利用について適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱の規定に基づいて調整されている用紙類は、改正後の春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱の規定にかかわらず、当分の間、そのまま又は所要の訂正をして使用することがある。

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住所
氏名
助成対象者との続柄
電話番号

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者 (甲)	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	
				年 月 日 (歳)	
	住所	〒			
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	確認事項	区 分		いずれかに○印	
		小児慢性特定疾病医療費助成の受給		有 ・ 無	
障害者総合支援法に基づく給付		有 ・ 無			
生活保護の受給		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				
	事業の利用に当たり、必要な限度で市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項の規定にかかわらず、乙に春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者 (乙)	上記委任の件について、承諾しました。				
	氏名 (自署)		生年月日	年 月 日	
	住所				
	連絡先				

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
在宅サービス	1 訪問介護 (1) 身体介護中心 (2) 生活援助中心 (3) 通院等乗降介助 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
福祉用具の貸与	1 手すり (工事を伴わないもの) 2 スロープ (工事を伴わないもの) 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
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 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分
相談支援	1 サービス提供事業者の紹介

第2号様式（第5条関係）

意見書（春日井市若年がん患者在宅療養支援事業）

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
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、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第2条第3号に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>（宛先）春日井市長</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</p> <p style="text-align: center;"><small>※医師名は自署(姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)してください。</small></p>		

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第2条第3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

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

① 無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自立増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けずに無制限かつ自律的に増殖する。

② 浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織まで進展、進行する。

③ 転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④ 何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、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（注）にあるもの。

①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。

②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、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像審査など）等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6か月程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は、治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のあった春日井市若年がん患者在宅療養支援事業の利用を決定しましたので通知します。

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請却下通知書

年 月 日付けの春日井市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請について、次の理由により却下しましたので通知します。

申請却下の理由

第5号様式（第8条関係）

（その1）償還払用

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住 所
氏 名
助成対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書（兼請求書）

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	住所 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
対象期間	年 月から 年 月まで			
利用金額	金 円			
内訳	利用したサービス、期間 及び事業者名	利用料（税込） （A） <small>（1月につき上限60,000円）</small>	自己負担額 （B）	請求額 （A－B）
他からの助成の有無		無・有（ ）		

助成金申請金額		金 円		
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人カナ			

※ 自己負担額は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

（添付書類）

- 1 領収書（原本）
- 2 利用したサービスの明細の写し

第5号様式（第8条関係）

（その2）受領委任払用

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所
氏 名
申請者 電話番号（ ）
助成対象者との続柄（ ）

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	住所 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
対象期間	年 月から 年 月まで			
利用金額	金 円			
内訳	利用したサービス、期間 及び事業者名	利用料（税込） （A） <small>（1月につき上限60,000円）</small>	自己負担額 （B）	請求額 （A－B）
他からの助成の有無	無・有（ ）			

次の事項を確認し、署名してください。

- ・助成金の請求及び受領の権限を裏面に記載の事業者に委任します。
- ・市がサービス提供事業者と連絡調整することに同意します。

氏名（自署）

事業者 確認欄	サービス種別			
	事業者名			
	住所			
	電話番号		事業所番号	

事業者 確認欄	サービス種別			
	事業者名			
	住所			
	電話番号		事業所番号	

事業者 確認欄	サービス種別			
	事業者名			
	住所			
	電話番号		事業所番号	

事業者 確認欄	サービス種別			
	事業者名			
	住所			
	電話番号		事業所番号	

※ 自己負担額は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

(添付書類)

利用したサービスの明細の写し

第6号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

春日井市長

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けの春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付申請について、次のとおり交付することと決定しましたので通知します。

- 1 交付額 金 円
- 2 支払予定日
- 3 その他