

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、若年がん患者が、住み慣れた自宅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、在宅療養に要する費用の一部を助成することにより、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。

(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) 申請日時点（申請日時点で死亡している場合は死亡日）で住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により山北町の住民基本台帳に記載されていること
- (2) 40歳未満のがん患者であること
- (3) 在宅における療養生活の支援及び介護が必要であること
- (4) 医師が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と判断していること
- (5) 他の制度において、同等の助成または給付を受けることができないこと
- (6) 町税の滞納がないこと

2 助成対象者が未成年の場合、第5条に規定する交付の申請を行う者は、その保護者とする。

(助成対象経費)

第3条 助成の対象とする経費（以下「助成対象経費」という。）は、次の各号に示す助成対象者が在宅で生活するために必要なサービス等を利用するための費用とする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）（以下「法」という。）第8条第2項に規定する訪問介護に相当するサービス
- (2) 法第8条第3項に規定する訪問入浴介護に相当するサービス
- (3) 法第8条第12項の福祉用具の貸与又は第13項の福祉用具の購

入に相当するサービス

(4) 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病院又は診療所への通院の為のタクシー利用及び乗降介助サービス

(5) 第5条第1号に規定する意見書の文書料

(6) その他町長が認めたもの

(助成金額)

第4条 この事業における助成金の額は、前条に掲げる助成対象経費の合計額に10分の9を乗じて得た額（1円未満の端数が生じたときにはこれを切り捨てるものとする。）とし、1月当たり5万4千円を限度とする。

(助成申請)

第5条 この事業の利用を申請する者（以下「申請者」という。）は、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成申請書（様式第1号）に次のものを添付し、サービスの利用開始前に町長に提出しなければならない。

(1) 山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書（様式第2号）

(2) その他町長が必要と認める書類

2 町長は、前項の申請があったときは、その適否を決定し、その旨を山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成決定（却下）通知書（様式第3号）により、申請者に通知しなければならない。

(医師への聴取)

第6条 町長は、必要と認める場合には、申請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。

(変更の届出)

第7条 第5条第2項の規定による本事業の助成の決定を受けた者（以下「助成決定者」という。）は、本事業の利用期間中において次の各号のいずれかに該当したときは、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（中止）申請書（様式第4号）により、速やかに町長に届け出なければならない。

(1) 住所変更等申請内容に変更が生じたとき

(2) 本事業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に該当しなくなったとき

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、その適否を決定し、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（中止）承認通知書（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。

（取消又は中止）

第8条 町長は、助成決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、本事業の助成を取消又は中止することができる。

(1) 疾病により在宅療養の継続が困難であると認めたとき

(2) 町長が本事業を利用することについて適当でないことを認めたとき

2 町長は、前項の取消又は中止をしたときは、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成取消（中止）通知書（様式第6号）により、助成決定者に通知するものとする。

（助成金の交付）

第9条 助成決定者が助成金の交付を受けようとするときは、第3条に掲げる助成対象経費を原則として月ごとにまとめて、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書（様式第7号）に次のものを添付して町長に提出しなければならない。なお、助成金の請求は複数月分をまとめて行うことができるものとする。

(1) 対象サービスに係る領収書の写し

(2) 対象サービスの利用に係る明細書の写し

(3) その他町長が必要と認める書類

2 町長は、前項の申請があったときは、その適否を決定し、その旨を山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付（不交付）決定通知書（様式第8号）により、申請者に通知しなければならない。

3 助成金の交付申請ができる期間は、当該対象サービスを利用した日から起算して1年を経過する日までとする。

（助成金の支給）

第10条 助成金は、申請者から指定された金融機関の口座に振り込むことにより支給するものとする。

（助成等に関する周知）

第11条 町長は、この事業の実施に当たり、助成対象者の要件、申請の方法及び申請受付開始日等の事業の概要について、広報その他の方法により町民への周知を行う。

(申請書類の不備等の取扱い)

第12条 町長が第9条第2項の規定による交付決定を行った後、申請書類の不備による振込不能等があり、町が確認等に努めたにもかかわらず、申請書類の補正が行われないことその他助成対象者の責に帰すべき事由により支給ができなかったときは、当該申請は取り下げられたものとみなす。

(不当利得の返還)

第13条 町長は、偽りその他不正な手段により助成金の支給を受けた者があるときは、支給を行った助成金の返還を求めるものとする。

(受給権の譲渡又は担保の禁止)

第14条 助成金の支給を受ける権利は譲り渡し、又は担保に供してはならない。

(その他)

第15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、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

様式第1号（第5条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成申請書

年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

助成対象者との続柄 本人 保護者
同居親族 その他()

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり申請します。また、裏面の同意事項に同意します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒			電話番号
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	
	氏 名				年 月 日 (歳)	
	家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考 (連絡先等)	
公的制度 利用状況	障がい者手帳	有 ・ 無		⇒他の制度において、同等の助成又は給付を受けることができない方が対象です。		
	小児慢性特定疾病	有 ・ 無				
	介護保険サービス	有 ・ 無				
利用開始 (予定)日	年 月 日					
私 (助成対象者) は、代理人に山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る一切の手続きを委任します。 (代理人を指定していただくことで、助成金の交付申請、請求及び受領等の手続きを代理人が代理することができます。)						
代理人	フリガナ			甲との続柄	生年月日	
	氏 名				年 月 日	
	住 所	〒			電話番号	

【裏面に続く】

【同意事項】

本申請に係る住民基本台帳(申請者と助成対象者が異なる場合は双方の登録事項)及び関係機関における情報について、山北町が必要と認めるときは、調査・照会を行うことに同意します。

【添付書類】※職員記入欄

山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書(第2号様式)

その他町長が必要と認める書類()

様式第2号（第5条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業に係る意見書

フリガナ		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、がん（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受けている状態と同等）だと判断できる。</p> <p>山北町長 宛</p> <p style="text-align: right;">記入日 _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 _____ 印</p>			

年 月 日

様

山北町長

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成申請については、次のとおり決定（却下）したので通知します。

なお、住所など申請内容に変更が生じたときや、この事業の助成が必要なくなった場合は、速やかにその旨を届け出てください。

申請者	住所	〒		
	氏名			
助成対象者	住所	〒		
	氏名		生年月日	年 月 日
助成開始日	年 月 日			
決定内容	決定 ・ 却下			

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、山北町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求を行った否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として横浜地方裁判所に決定の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として、横浜地方裁判所にこの決定の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4号（第7条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（中止）申請書

年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

助成対象者との続柄 本人 保護者
同居親族 その他()

年 月 日付けで申請した、山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成申請について、申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、申請します。

1 申請内容に変更が生じた場合（変更の箇所のみ記載してください。）

変更前	変更後

2 事業を利用する必要がなくなった場合

〈理由〉該当する理由に○印をしてください。

ア 助成対象者が亡くなった（死亡日 年 月 日）

イ 助成対象者が入院することとなった

ウ その他()

様式第5号（第7条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（中止）承認通知書

年 月 日

様

山北町長

年 月 日付けで変更申請のありました山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成変更（中止）申請については、申請のとおり認めます（申請内容では認められません）ので通知します。

変更（中止）した内容

--

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、山北町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求を行った否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として横浜地方裁判所に決定の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として、横浜地方裁判所にこの決定の取消しの訴えを提起することができます。

様式第6号（第8条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成取消（中止）通知書

年 月 日

様

山北町長

年 月 日に交付決定した次の助成対象者の山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成について、次の理由により取消（中止）することとしましたので通知します。

助成対象者	住 所	〒		
	氏 名		生年月日	年 月 日
取消（中止） とする日	年 月 日			
取消（中止） した理由				

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、山北町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求を行った否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として横浜地方裁判所に決定の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として、横浜地方裁判所にこの決定の取消しの訴えを提起することができます。

様式第7号（第9条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

助成対象者との続柄 本人 保護者
同居親族 その他()

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第9条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	
	氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)	
請求金額 年 月分～ 年 月分		円 ※裏面の助成金申請額内訳の合計額を記載してください。		

助成金については、次の口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		本店・支店 支所
預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号	
口座名義人	(フリガナ) _____		

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、本申請書記載の口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名 _____	印 _____

【裏面に続く】

助成金申請額内訳			
利用月	利用サービス	利用額	請求額 利用額計×0.9（1円未満切捨） 上限額 54,000 円/月
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
請求額合計			円
※表面の請求金額に記載してください。			

※意見書（第2号様式）の文書料は、最初の利用月分と併せて、その他の欄に記入してください。

【提出・確認書類】※職員記入欄

- 申請者の身分証明書（氏名・住所・生年月日が確認できるもの）の確認
※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等いずれかひとつ
- 利用サービスに係る領収書の写し
- 利用サービスに係る明細書の写し
- 振込先金融機関の通帳またはキャッシュカードの確認

年 月 日

様

山 北 町 長

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金については、次のとおり決定したので通知します。

申請者	住 所	〒		
	氏 名			
助成対象者	住 所	〒		
	氏 名		生年月日	年 月 日
決定内容	交付 ・ 不交付			
助成金 交付決定額	円			

※助成金は、概ね1か月後に指定された口座に振込みさせていただきます。

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、山北町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、上記1の審査請求を行った否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として横浜地方裁判所に決定の取消しの訴えを提起することもできます。
- 3 上記1の審査請求をした場合においては、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に山北町を被告として、横浜地方裁判所にこの決定の取消しの訴えを提起することができます。