

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱

令和3年2月1日

福第21号

(趣旨)

第1 この要綱は、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業（以下「支援事業」という。）の実施に関し必要な事項を定めるとともに、支援事業の利用者に対して、予算の範囲内において補助金を交付することに関し、甲府市補助金等交付規則（昭和38年11月規則第50号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(事業の目的)

第2 支援事業は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第2条第4号の基本理念及び第17条のがん患者の療養生活の質の維持向上に関する規定に基づいた地方公共団体の施策の一つとして、若年の末期がん患者が、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、在宅における生活を福祉面から支援することにより、末期がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上と、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。

(実施主体)

第3 支援事業の実施主体は、甲府市とする。

(対象者)

第4 支援事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 甲府市内に住所を有する者
- (2) 支援事業のサービスを利用する時点において、年齢が40歳未満である者
- (3) 治癒を目的とした治療を行わない末期がん患者（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) 在宅療養上の生活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）に基づく事業、甲府市重度障害者等訪問入浴サービス事業実施要綱（平成12年4月福第12号）に基づく事業、甲府市日常生活用具給付等事業実施要綱（平成18年10月福第22号）に基づく事業、甲府市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱（平成31年4月福第28号）に基づく事業又はその他の事業において、支援事業と同等のサービスの利用を受けることができない者

(対象サービス)

第5 支援事業の補助対象となるサービス（以下「対象サービス」という。）は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の規定に基づくサービスのうち、次の各号に掲げるサービスとし、その内容は当該各号に掲げるところによる。

- (1) 訪問介護サービス 法第8条第2項に規定する訪問介護と同じ内容とし、その具体的なサービス行為は、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12年3月17日老計第10号厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課長）で示されているサービス行為とする。
- (2) 訪問入浴介護サービス 法第8条第3項に規定する訪問入浴介護と同じ内容とする。
- (3) 福祉用具貸与サービス 法第8条第12項に規定する福祉用具貸与と同じ内容とし、その貸与する福祉用具の種目は、厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目（平成11年3月31日厚生省告示第93号）で示されている種目とする。
- (4) 福祉用具購入サービス 法第8条第13項に規定する特定福祉用具販売と同じ内容とし、その購入費等の補助に係る福祉用具の種目は、厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目（平成11年3月31日厚生省告示第94号）で示されている種目とする。
- (5) 居宅介護支援サービス 法第8条第24項に規定する居宅介護支援と同じ内容とする。

(サービス提供事業者)

第6 対象サービスを提供する事業を行う者（以下「サービス提供事業者」という。）は、法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者及び法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者のうち、支援事業への対応が可能なものとする。

- 2 前項に規定する事業者のほか、法の指定事業者と同等のサービスの提供が可能である等、市長が特に認めた者は、サービス提供事業者となることができる。この場合における手続き等については、市長が別に定める。
- 3 サービス提供事業者は、対象サービスを提供する際は、この要綱に定めるもののほか、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）、介護保険法施行規則（平成11厚生省令第36号）、甲府市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成31年3月条例第4号）及び甲府市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例（平成30年3月条例第2号）の規定に準じて運営を行うものとする。
- 4 前項の規定にかかわらず、サービス提供事業者は、訪問介護サービスを提供する際に、支援事業の利用者（第10の規定により支援事業の利用の決定を受けた者をいう。以下同じ。）及びその家族の状況に応じて、介護保険法施行規則第5条中「居宅要介護者が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の傷害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。」規定は、適用しないことができるものとする。

(サービス費用額等)

第7 支援事業の利用者が、対象サービスを利用したときの費用の額は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 訪問介護サービス、訪問入浴介護サービス及び福祉用具貸与サービスの費用の額は、法第41条第4項に規定する「厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額」として示された、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第19号)により算定した額とする。
- (2) 福祉用具購入サービスの費用の額は、法第44条第3項に規定する「現に当該特定福祉用具の購入に要した費用の額」とする。
- (3) 居宅介護支援サービスの費用の額は、法第46条第2項に規定する「厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額」として示された、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第20号)により算定した額とする。

2 月の中途でのサービス利用の開始、中止等、詳細な費用額の算定については、介護保険制度を準用するものとする。

(サービス費用額の補助)

第8 市長は、支援事業の利用者が、次の表に掲げる対象サービスを利用したときは、当該サービスの利用に要する費用の一部を補助するものし、対象サービスの区分における補助の単位、補助の限度基準額、補助の割合及び補助金の限度額は、同表のとおりとする。ただし、算出された補助金の額に100円未満の端数が生じた場合は、当該端数金額を切り捨てるものとする。

| 対象サービスの区分 | 補助の単位 | 補助の限度基準額 | 補助の割合 | 補助金の限度額 |
|------------|-------|----------|---------|---------|
| 訪問介護サービス | 月 | 130,000円 | 100分の50 | 65,000円 |
| 訪問入浴介護サービス | 月 | 70,000円 | 100分の50 | 35,000円 |
| 福祉用具貸与サービス | 月 | 30,000円 | 100分の50 | 15,000円 |
| 福祉用具購入サービス | 年 | 60,000円 | 100分の50 | 30,000円 |

2 市長は、支援事業の利用者が、居宅介護支援サービスを利用したときは、当該サービスの利用に要する費用の全額を補助するものとする。

3 第1項の規定にかかわらず、市長は、支援事業の利用者が、生活保護法(昭和25年法律第144号)の適用を受けている世帯に属するときは、補助の限度基準額を上限として費用の全額を補助するものとする。

(サービス利用の申請)

第9 支援事業を利用しようとする者又はその家族(以下「申請者等」という。)は、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用申請書(第1号様式)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) 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業医師意見書（第2号様式）又は第4第3号に該当することが確認できる書類
- (2) 生活保護法の適用を受けている場合は、それを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

（サービス利用の決定）

第10 市長は、第9に規定する申請書を受理したときは、速やかに、その内容を審査のうえ、支援事業の利用の適否を決定し、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業（利用承認決定・利用不承認決定）通知書（第3号様式）により、申請者等に通知するものとする。

2 利用決定の有効期間は、申請のあった日から、当該支援事業のサービスの利用を終了する日又は取り消す日までとする。

（医師の意見の聴取）

第11 市長は、利用に関し必要があると認めるときは、申請者又は利用者の身体状況等について、医師に意見を求めることができるものとする。

（サービスの利用）

第12 利用者又はその家族（以下「利用者等」という。）は、支援事業のサービスの利用に当たっては、サービス提供事業者に対して自ら依頼し、当該サービスの提供を受けるものとする。

2 市長は、利用者等から前項のサービス提供事業者の選定等について相談があったときは、必要な情報を提供するものとする。

（居宅サービス計画の作成等）

第13 利用者等は、訪問介護サービス、訪問入浴介護サービス、福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスを利用しようとするときは、当該サービスを適切に利用できるよう、サービス利用等に係る相談、居宅サービス計画の作成及びサービス提供事業者とのサービス利用調整等を、指定居宅介護支援事業者へ依頼し、当該事業者から居宅サービス計画の交付を受けるものとする。

2 前項の居宅サービス計画は、介護保険制度の様式を準用するものとする。

3 利用者等は、第1項の居宅サービス計画の交付を受けたときは、速やかに、当該計画の写しを甲府市に提出しなければならない。

（福祉用具サービス計画の作成）

第14 利用者等は、福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスを利用しようとするときは、

当該サービスを適切に利用できるよう、福祉用具サービス計画の作成をこれらのサービス提供事業者に依頼し、当該事業者から福祉用具サービス計画の交付を受けるものとする。

- 2 前項の福祉用具サービス計画は、介護保険制度の様式を準用するものとする。ただし、福祉用具サービス計画の内容が居宅サービス計画等において確認ができる場合には、一部の様式を省略することができるものとする。
- 3 利用者等は、第1項の福祉用具サービス計画の交付を受けたときは、速やかに、当該計画の写しを甲府市に提出しなければならない。

(申請内容の変更等)

第15 利用者等は、支援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、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用(変更・中止)申請書(第4号様式)により、速やかに、その旨を市長に届け出なければならない。

- (1) 住所等の申請内容に変更が生じたとき。
- (2) 希望するサービスに変更又は追加が生じたとき。
- (3) 主治医が変更になったとき。
- (4) 支援事業を利用する必要がなくなったとき。
- (5) 第4に規定する対象者に該当しなくなったとき。

2 市長は、前項に規定する申請書を受理したときは、速やかに、その適否を決定し、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用(変更承認決定・変更不承認決定・中止決定)通知書(第5号様式)により、利用者等に通知するものとする。

(利用の中止又は取消)

第16 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該支援事業の利用を中止させ、又は取り消すことができる。

- (1) 疾病の状況の変化等により支援事業を利用することが困難であると認められるとき。
- (2) 不正又は虚偽の申請により、利用の承認の決定を受けたとき。
- (3) 第4に規定する対象者に該当しなくなったとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が支援事業の利用が適当でないとき。

2 市長は、前項の規定により、当該支援事業の利用を中止させ又は取り消すときは、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用(中止・取消)通知書(第6号様式)により、利用者等に通知するものとする。

(補助金の交付申請)

第17 補助金の交付を受けようとする利用者等は、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業補

助金交付申請書（第7号様式）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) 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用実績報告書（第8号様式）
- (2) 居宅サービス計画の写し
- (3) 福祉用具サービス計画の写し（福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスを利用した場合）
- (4) 領収書
- (5) その他必要な書類

2 前項の申請は、利用者がサービスを受けている期間中、サービスを利用した月単位又は一定期間分をまとめて申請することができるものとする。ただし、サービスを利用した期間が複数年度にわたる場合は、市長が定める日までに申請しなければならない。

（補助金の交付決定等）

第18 市長は、第17に規定する補助金の交付申請書が提出されたときは、書類内容、サービスの利用実績等により、補助金の交付について審査し、適正であると認めるときは、速やかに、補助金を利用者等に支払うものとする。

2 市長は、必要と認めるときは、前項の申請に係る事項に修正を加え、又は条件を付し、決定することができる。

3 市長は、前2項の規定により補助金の交付を決定したときは、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業補助金交付決定通知書（第9号様式）により、利用者等に通知するものとする。

（目的外使用等の禁止）

第19 福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスの利用にかかる補助金を受けた利用者等は、その福祉用具を目的に反して使用し、又は譲渡し、若しくは貸し付けてはならない。

（調査等）

第20 市長は、必要があると認めるときは、申請者等、利用者等又はサービス提供事業者に対し、必要な報告若しくは資料の提出を求め、実地調査を行い、又は必要な指示をすることができる。

2 申請者等、利用者等又はサービス提供事業者は、前項の規定に応じなければならない。

（予算による制限）

第21 この要綱に基づく補助金は、予算の範囲内において交付するものとする。

（関係書類の保存期間）

第22 サービス提供事業者及び利用者等は、この支援事業に係る帳簿及び証拠書類を、サービスの

利用が終了した年度の翌年度4月1日から起算して5年間保存しなければならない。

(その他)

第23 この要綱に定めるもののほか、支援事業の実施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3年2月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

第1号様式（第9関係）

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用申請書

令和 年 月 日

甲 府 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____

電話番号 _____

（日中に連絡の取れる番号を記入）

このことについて、若年がん患者の在宅療養生活支援事業を利用したいので、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第9の規定に基づき、次のとおり申請書を提出します。

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|----------|----|-----|---|
| ふりがな | | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者の氏名 | | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |
| 利用者の住所 | 〒..... 電話番号 | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 備考（連絡先等） | | | |
| | | | . . | | | | |
| | | | . . | | | | |
| 利用希望サービス （✓をつけてください） | <input type="checkbox"/> 訪問介護サービス | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護サービス | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与サービス | | <input type="checkbox"/> 福祉用具購入サービス | | | | |
| 利用開始の希望日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 利用者の主治医 | 医療機関名 | | | 医師名 | | | |
| | 住 所 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| 利用者の公的制度利用状況 | 障害者手帳 | | 有・無 | | | | |
| | 小児慢性特定疾病医療費の助成 | | 有・無 | | | | |
| | 生活保護の受給 | | 有・無 | | | | |

添付書類（各1部）

- （1）甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業医師意見書（第2号様式）、又は、「末期がん」であることが確認できる書類。なお、医師意見書の作成費用は利用者の負担です。
- （2）生活保護法の適用を受けている場合は、それを証する書類。

（裏面に続く）

【注意事項】 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業の対象者

この支援事業の対象となる者は、次に掲げる要件の全てに該当する者です。

- (1) 甲府市内に住所を有する者
- (2) この支援事業のサービスを利用する時点において、年齢が40歳未満である者
- (3) 治癒を目的とした治療を行わない末期がん患者（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) 在宅療養上の生活支援及び介護が必要な者
- (5) 次に掲げる公的な制度において、この支援事業と同等のサービスの利用を受けることができない者
 - ア 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事業
 - イ 甲府市重度障害者等訪問入浴サービス事業実施要綱に基づく事業
 - ウ 甲府市日常生活用具給付等事業実施要綱に基づく事業
 - エ 甲府市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱に基づく事業
 - オ その他の公的な事業



個人情報の調査及び提供に関する同意書

私（利用者及びその家族）は、この支援事業を利用するために、甲府市が、必要に応じて、私（利用者及びその家族）の個人情報に関して、次に掲げる事項を行うことに同意します。

- (1) 甲府市が保有する私（利用者及びその家族）の個人情報に関して調査すること。
- (2) 利用者の身体状況等について、主治医に問い合わせること。
- (3) 山梨県介護支援専門員協会、山梨県介護支援専門員協会に加入する介護支援専門員及びサービス提供事業者に対して、私（利用者及びその家族）の個人情報を提供すること。

令和 年 月 日

| | | |
|-------|-----|----|
| 利用者氏名 | 代筆者 | 続柄 |
| | | 氏名 |

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業医師意見書

| | | | | | | |
|---|--|------|-------|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 患者氏名 | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | |
| 病 名 | | | | | | |
| 特記事項等 | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと判断できる。（注1）</p> <p><u>以下、利用希望者のみチェック</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>上記の者の膀胱機能は、排泄予測支援機器の給付対象者の条件を満たす。（注2）</u></p> <p>甲 府 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>電 話 番 号 _____</p> | | | | | | |

(注1) 介護保険法施行令第2条第1号の規定による特定疾病の「がん」の定義に準じる。

| 疾病名 | 疾病名 症候・所見 |
|----------|--|
| がん（がん末期） | <p>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。</p> <p>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</p> <p>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（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。</p> <p>注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れ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ない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。</p> |

(注2) 「介護保険の給付対象となる排泄予測支援機器の留意事項について」（令和4年3月31日老高発 0331 第3号）における給付対象者の定義に準じる。

運動動作の低下、排尿のタイミングが不明、または伝えることができない等により、トイレでの自立した排尿が困難となっている居宅要介護者等であって、排尿の機会の予測が可能となることで、失禁を回避し、トイレで排尿をすることが見込める者。

(注3) この医師意見書の作成費用は、利用者の負担です。

住 所

氏 名 ○ ○ ○ ○ 様

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業（利用承認決定・利用不承認決定）通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました若年がん患者の在宅療養生活支援事業の利用について、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第10第1項の規定に基づき、次のとおり決定したので、同項の規定により通知します。

なお、住所などの申請内容や希望するサービスに変更が生じたとき、又は、この事業を利用する必要がなくなったときは、速やかにその旨を届け出てください。

令和 年 月 日

甲府市長 ○ ○ ○ ○ 印

1 決定した内容

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 利用を承認します。 | 利用開始日：令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 利用を不承認とします。 | 理由： |

2 利用者の氏名等

| | | | |
|-----|---------|------|-------------|
| 氏 名 | ○ ○ ○ ○ | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住 所 | | | |

3 利用を承認したサービスの内容

| |
|--|
| |
|--|

4 サービス利用上の注意事項

サービスを利用する前に、居宅介護支援事業所に対して、サービス利用に係る相談を行い、居宅サービス計画の作成とサービス提供事業者との利用調整などを依頼してください。

また、居宅サービス計画が作成された場合は、サービスを利用する前に、その計画の写しを甲府市に提出してください。併せて、福祉用具の貸与サービス又は購入サービスを利用する場合は、福祉用具サービス計画の写しを甲府市に提出してください。

（裏面に続く）

(第3号様式の裏面)

5 補助金の限度額等

この支援事業における補助対象の限度基準額、補助の割合、補助金の限度額は、次の表のとおりです。なお、訪問介護サービス、訪問入浴介護サービス、福祉用具貸与サービス、福祉用具購入サービスの補助金交付額は、100円未満を切り捨てとします。

| 対象サービスの区分 | 単位 | 補助の限度基準額 | 補助の割合 | 補助金の限度額 |
|------------|----|----------|----------|---------|
| 訪問介護サービス | 月 | 130,000円 | 100分の50 | 65,000円 |
| 訪問入浴介護サービス | 月 | 70,000円 | 100分の50 | 35,000円 |
| 福祉用具貸与サービス | 月 | 30,000円 | 100分の50 | 15,000円 |
| 福祉用具購入サービス | 年 | 60,000円 | 100分の50 | 30,000円 |
| 居宅介護支援サービス | 月 | ———— | 100分の100 | ———— |

以 上

〇 〇 〇 〇 扱

担 当 〇 〇 〇 〇

電 話 番 号 〇 〇 〇 〇

第4号様式（第15関係）

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用（変更・中止）申請書

令和 年 月 日

甲 府 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____

電話番号 _____

（日中に連絡の取れる番号を記入）

令和 年 月 日付けで利用承認の決定を受けた若年がん患者の在宅療養生活支援事業について、申請内容等に変更が生じたので、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第15第1項の規定に基づき、次のとおり申請書を提出します。

| | | | | | | |
|--------|--|------|-------|----|-----|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者の氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |

変更理由は必ず記入し、また、住所の変更、サービスの追加利用又は中止、主治医の変更、公的制度利用状況の変更などは、それぞれ変更となった欄に記入してください。

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|--|----------------|--|--|
| 変更理由 | | | | | | |
| 利用者の変更後の住所 | 〒..... 電話番号 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護サービス | 追加希望日：令和 年 月 日 | | | 中止予定日：令和 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護サービス | 追加希望日：令和 年 月 日 | | | 中止予定日：令和 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与サービス | 追加希望日：令和 年 月 日 | | | 中止予定日：令和 年 月 日 | | |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具購入サービス | 追加希望日：令和 年 月 日 | | | 中止予定日：令和 年 月 日 | | |
| 利用者の変更後の主治医 | 医療機関名 | | | 医師名 | | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 利用者の公的制度の変更後利用状況 | 障害者手帳（有・無）、小児慢性特定疾病医療費の助成（有・無） | | | | | |
| | 生活保護の受給（有・無） | | | | | |
| 上記以外の変更内容 | | | | | | |

住 所
氏 名 〇 〇 〇 〇 様

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業
利用（変更承認決定・変更不承認決定・中止決定）通知書

令和 年 月 日付で申請のありました若年がん患者の在宅療養生活支援事業の利用変更等について、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第15第2項の規定に基づき、次のとおり決定したので、同項の規定により通知します。

令和 年 月 日

甲府市長 〇 〇 〇 〇 印

1 決定した内容

| | |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 利用の変更等を承認します。 | 変更後の利用開始日：令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 利用の変更等を不承認とします。 | 理由： |
| <input type="checkbox"/> 利用を中止とします。 | 利用の中止日：令和 年 月 日 理由： |

2 利用者の氏名等

| | | | |
|-----|---------|------|-------------|
| 氏 名 | 〇 〇 〇 〇 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住 所 | | | |

3 利用の変更を承認した内容

| |
|--|
| |
|--|

以 上

〇 〇 〇 〇 扱い

担当 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇

住 所

氏 名 ○ ○ ○ ○ 様

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用（中止・取消）通知書

若年がん患者の在宅療養生活支援事業の利用について、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第16第1項の規定に基づき、次とおり決定したので、同要綱第16第2項の規定により通知します。

令和 年 月 日

甲府市長 ○ ○ ○ ○ 印

1 決定した内容

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 利用を中止させる。 | 利用の中止日：令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 利用を取り消す。 | 利用の取消日：令和 年 月 日 |

2 利用者の氏名等

| | | | |
|-----|---------|------|-------------|
| 氏 名 | ○ ○ ○ ○ | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| 住 所 | | | |

3 利用の中止又は取消の理由

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第16第1項第○号に該当する。
 具体的な理由：

以 上

〇 〇 〇 〇 扱

担当 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇

第7号様式（第17関係）

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

甲 府 市 長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との続柄 _____

電話番号 _____

(日中に連絡の取れる番号を記入)

令和 年 月 日付けで利用承認の決定を受けた若年がん患者の在宅療養生活支援事業について、補助金の交付を受けたいので、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第17第1項の規定に基づき、次のとおり申請書を提出します。

| | | | | | | | |
|--|---|--|------|-------------|----|-----|---|
| ふりがな | | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者の氏名 | | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |
| 利用者の住所 | 〒..... 電話番号 | | | | | | |
| 補助金の交付申請をするサービス利用期間 | | | | 補助金の交付申請額 | | | |
| 令和 年 月分 ~ 令和 年 月分 | | | | 円 | | | |
| 受取方法 | 1. 口座振込（下欄に記入） 2. 現金受取 (いずれかに○をしてください) | | | | | | |
| 口座振込 依頼書 | この指定口座に振込みがなされたときは、その金額に係る債権が弁済されたものとします。 | | | | | | |
| | 金融機関名： | | | 本支店名： | | | |
| | 預金種目： | | | 口座番号： | | | |
| | 口座名義人 | | | 口座名義人（カタカナ） | | | |
| (注) 甲府市に預金口座の登録が無い場合は、別途「銀行預金口座振込登録申請書」の提出が必要です。 | | | | | | | |

添付書類（各1部）

- (1) 甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用実績報告書（第8号様式）
- (2) 居宅サービス計画の写し
- (3) 福祉用具サービス計画の写し（福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスを利用した場合）
- (4) 領収書
- (5) その他必要な書類

第8号様式（第17関係）

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業利用実績報告書

| | | |
|------------|---------|-------------------------|
| サービスを利用した月 | 令和 年 月分 | 利用した月ごとに、この様式に記入してください。 |
|------------|---------|-------------------------|

1 利用者の氏名等

| | | | | | | |
|--------|--|------|-------|----|-----|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 利用者の氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 | |

2 補助金の交付申請額の算出

| サービス区分 | 利用回数等 | 費用総額 | 補助金申請額 | 利用者負担額 |
|--------|-------|------|-------------------|---------|
| 訪問介護 | 回 | 円 | 5割=100円未満切捨て 円 | 5割 円 |
| 訪問入浴介護 | 回 | 円 | 5割=100円未満切捨て 円 | 5割 円 |
| 福祉用具貸与 | 品目 | 円 | 5割=100円未満切捨て 円 | 5割 円 |
| 福祉用具購入 | 品目 | 円 | 5割=100円未満切捨て 円 | 5割 円 |
| 居宅介護支援 | — | 円 | 10割=全額 円 | 利用者負担なし |
| 合計 | | 円 | 円 | 円 |

3 訪問介護サービスの利用状況（利用した月分の領収書を添付してください。）

サービスを利用した日付の欄に、訪問介護を利用した回数を記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 訪問介護の事業者名： | | | | | | | | | | |
| 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 |
| | | | | | | | | | | |
| 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 |
| | | | | | | | | | | |
| 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 | |
| | | | | | | | | | 回 | |

（裏面に続く）

(実績報告書の裏面)

- 4 訪問入浴介護サービスの利用状況 (利用した月分の領収書を添付してください。)
サービスを利用した日付を記入してください。

| | |
|--------------|--|
| 訪問入浴介護の事業者名： | |
| 利用した日 | |

- 5 福祉用具貸与サービス (利用した月分の領収書を添付してください。)
貸与を受けた福祉用具の種目、当月分の費用額、契約期間を記入してください。

| 福祉用具貸与の事業者名： | | |
|--------------|---------|----------|
| 福祉用具の種目・品名など | 当月分の費用額 | 貸与の契約期間 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| | 円 | 月 日～ 月 日 |
| 当月分の貸与費用の合計 | 円 | |

- 6 福祉用具購入サービス (領収書を添付してください。)
購入した福祉用具の種目、金額、購入日を記入してください。

| 福祉用具購入の事業者名： | | |
|--------------|------|----------|
| 福祉用具の種目・品名など | 購入金額 | 購入日 |
| | 円 | 令和 年 月 日 |
| | 円 | 令和 年 月 日 |
| | 円 | 令和 年 月 日 |
| 購入金額の合計 | 円 | |

- 7 居宅介護支援サービス (利用した月分の領収書を添付してください。)

| |
|--------------|
| 居宅介護支援の事業者名： |
|--------------|

住 所
氏 名 〇 〇 〇 〇 様

甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業補助金交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました若年がん患者の在宅療養生活支援事業の補助金交付申請について、甲府市若年がん患者の在宅療養生活支援事業実施要綱第18第1項及び第2項の規定に基づき、次のとおり補助金の交付を決定したので、同要綱第18第3項の規定により通知します。

令和 年 月 日

甲府市長 〇 〇 〇 〇 印

| | | | | | |
|---|--|------|-----------|-------------|--|
| 利用者の氏名 | 〇 〇 〇 〇 | | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 利用者の住所 | | | | | |
| 補助金の交付決定のサービス利用期間 | | | 補助金の交付決定額 | | |
| 令和 年 月分 ~ 令和 年 月分 | | | 円 | | |
| サービス区分 | 利用月数等 | 費用総額 | 補助金交付決定額 | 利用者負担額 | |
| 訪問介護 | 月分 | 円 | 円 | 円 | |
| 訪問入浴介護 | 月分 | 円 | 円 | 円 | |
| 福祉用具貸与 | 月分 | 円 | 円 | 円 | |
| 福祉用具購入 | 品目 | 円 | 円 | 円 | |
| 居宅介護支援 | 月分 | 円 | 円 | 利用者負担なし | |
| (注) 訪問介護・訪問入浴介護・福祉用具貸与・福祉用具購入の補助割合は5割で100円未満切り捨て、居宅介護支援の補助割合は10割です。 | | | | | |
| 修正事項 | | | | | |
| 交付条件 | 福祉用具貸与サービス又は福祉用具購入サービスの利用にかかる補助金を受けた利用者等は、その福祉用具を目的に反して使用し、又は譲渡し、若しくは貸し付けてはならない。 | | | | |

以 上

〇 〇 〇 〇 扱い

担当 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇