

要綱第102号

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱を次のように定める。

令和2年5月26日

宇和島市長 岡原文彰

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、若年のがん患者が、自宅で自分らしく安心して日常生活を送るために必要なサービスの利用を支援し、当該がん患者及びその家族の負担軽減を図るために行う宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業（以下「支援事業」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 支援事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 本市の区域内に住所を有する者であって、次のいずれかに該当するもの
 - ア 20歳以上40歳未満の者
 - イ 18歳以上20歳未満の者のうち、児童福祉法（昭和22年法律第164号）に基づく小児慢性特定疾病医療費助成事業の認定を受けられない者
- (2) 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医師が判断したがん患者
- (3) 在宅療養上の生活支援又は介護が必要な者
- (4) 他の事業により、同様のサービスを利用することができない者

(対象サービス)

第3条 支援事業の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）に基づく居宅サービスのうち、次に掲げるものとする。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問入浴介護
- (3) 別表に定める福祉用具貸与

(4) 別表に定める特定福祉用具販売

(助成)

第4条 市長は、対象者が対象サービスの利用に要する費用（以下「利用料」という。）の全部又は一部を助成するものとする。

2 前項の規定により助成する額は、利用料の9割に相当する額（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にあつては、利用料の10割に相当する額）とする。ただし、助成の対象となる利用料は、1月当たり6万円を限度とする。

(申請)

第5条 支援事業を利用しようとする対象者及びその家族（以下「申請者」という。）は、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（様式第1号）に、対象者が第2条第2号に掲げる者であることが確認できる医師の意見書（様式第2号）その他市長が必要と認める書類を添付して、市長に提出しなければならない。

2 前項の場合において、市長は、必要に応じ、当該対象者について医師の意見を求めることができる。

(決定及び通知)

第6条 市長は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、利用の可否を決定し、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用承認通知書（様式第3号）又は宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用不承認通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

2 対象サービスを利用できる期間（以下「有効期間」という。）の始期は第5条第1項の規定による申請があった日以後に対象サービスの利用を開始した日とし、有効期間の終期は同日から起算して1年を経過する日又は対象者が40歳に達する日の前日のいずれか早い日とする。

3 申請者が有効期間の満了日後も継続して対象サービスを利用しようとするときには、前条第1項の規定を準用する。この場合において、同項中「市長に」とあるのは、「有効期間の満了日までに市長に」と読み替えるものとする。

(変更等の申請)

第7条 申請者は、支援事業の有効期間中において、次の各号のいずれかに該当する場合は、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）承認申請書（様式第5号）を速やかに市長に提出するものとする。

(1) 住所等の申請内容に変更が生じたとき。

(2) 支援事業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に該当しなくなったとき。

(変更等の決定及び通知)

第8条 市長は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、変更又は廃止の可否を決定し、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）承認通知書（様式第6号）又は宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）不承認通知書（様式第7号）により、申請者に通知するものとする。

(利用の中止又は取消し)

第9条 市長は、申請者が支援事業を利用することが適当でないとき、支援事業を中止し、又は支援事業の利用の承認を取り消すことができる。

2 市長は、前項の規定により支援事業の中止又は利用の承認の取消しをした場合は、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業中止（利用承認取消）通知書（様式第8号）により、申請者に通知するものとする。

(サービス提供事業者)

第10条 対象サービスの提供を行う事業者（以下「サービス提供事業者」という。）は、介護保険法に基づき指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者の指定を受けた事業者のうち、市長に宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業サービス提供事業者届出書（様式第9号）を提出した事業者とする。

2 サービス提供事業者は、前項の規定による届出の内容に変更があったときは、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業サービス提供事業者届出書（様式第9号）を市長に提出しなければならない。

(サービス提供事業者への依頼)

第11条 申請者は、対象サービスを利用しようとするときは、自らサービス提供事業者に当該対象サービスの提供を依頼するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第12条 助成金を請求する者（以下「請求者」という。）は、申請者から助成金の請求及び受領に係る委任を受けたサービス提供事業者とする。

2 請求者は、助成金の交付を受けようとするときは、対象サービスを利用した月ごとに宇和島市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10号）に宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書（様式第11号）及び領収書を添えて、別に定める期日までに市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の請求書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、請求者に対し助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第13条 市長は、虚偽の申請その他不正な手段により助成金の交付を受けた者がいることが明らかになった場合は、当該交付を取り消し、既に交付された助成金の全

部又は一部を返還させることができる。

(調査等)

第14条 市長は、必要があると認めるときは、申請者及び請求者に対し、支援事業の実施状況に関し報告を求め、調査を行うことができる。

(その他)

第15条 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2年6月1日から施行する。

別表（第3条関係）

サービス名称	品目
福祉用具貸与	車椅子 車椅子付属品（電動補助装置等） 特殊寝台 特殊寝台付属品（サイドレール等） 床ずれ防止用具 体位変換器 手すり（工事を伴わないもの） スロープ（工事を伴わないもの） 歩行器 歩行補助つえ 移動用リフト（つり具を除く。） 自動排泄処理装置
特定福祉用具販売	腰掛便座 自動排泄処理装置の交換可能部品 入浴補助用具 簡易浴槽 移動用リフトのつり具の部分

様式第3号（第6条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用承認通知書

第 号
年 月 日

様

宇和島市長



年 月 日付けで申請のあった宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり承認しましたので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第6条の規定により通知します。

なお、住所変更等の申請内容に変更が生じたときは、速やかにその旨を申請してください。

記

1 有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2 対象者の氏名、住所等

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	宇和島市		

※ 上記有効期間満了日後も継続して支援事業を利用しようとするときは、満了日までに宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（様式第1号）及び1か月以内に発行された医師の意見書（様式第2号）を提出してください。

なお、対象者が40歳に達する日の前日をもって、この事業の利用は終了となります。

様式第4号（第6条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用不承認通知書

第 号
年 月 日

様

宇和島市長



年 月 日付けで申請のあった宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり不承認としましたので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第6条の規定により通知します。

記

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	宇和島市		
(不承認の理由)			

様式第5号（第7条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）申請書

年 月 日

宇和島市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊦

年 月 日付け 第 号で利用承認された宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、下記のとおり変更（廃止）したいので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第7条の規定により申請します。

記

<input type="checkbox"/>	変更	（※変更箇所のみ記載してください。）		
申請者	<input type="checkbox"/>	フリガナ 氏 名	㊦	※姓の変更があった場合は、左欄に押印してください。
	<input type="checkbox"/>	住 所	〒 ー	
	<input type="checkbox"/>	電話番号	()	
対象者	<input type="checkbox"/>	フリガナ 氏 名	㊦	※姓の変更があった場合は、左欄に押印してください。
	<input type="checkbox"/>	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。 〒 ー 宇和島市	
	<input type="checkbox"/>	生活保護の受給（○を付けてください。）	有 ・ 無	
	<input type="checkbox"/>	他制度の利用状況	利用の有無（○を付けてください。） （上記で有の場合）制度名	有 ・ 無

<input type="checkbox"/>	廃止
<input type="checkbox"/> 支援事業を利用する必要がなくなったため <input type="checkbox"/> 対象者が、宇和島市外に転出したため <input type="checkbox"/> その他 ()	

様式第 6 号（第 8 条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）承認通知書

第 号
年 月 日

様

宇和島市長



年 月 日付けで申請のあった宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用の変更（廃止）について、下記のとおり承認しましたので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 8 条の規定により通知します。

記

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	宇和島市		
(承認の内容)			

様式第7号（第8条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業利用変更（廃止）不承認通知書

第 号
年 月 日

様

宇和島市長



年 月 日付けで申請のあった宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の利用の変更（廃止）について、下記のとおり不承認としましたので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第8条の規定により通知します。

記

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	宇和島市		
(不承認の理由)			

様式第 8 号（第 9 条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業中止（利用承認取消）通知書

第 号
年 月 日

様

宇和島市長



年 月 日付け 第 号で利用承認した宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業について、下記の理由により中止（利用の承認を取消し）したので、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 9 条の規定により通知します。

記

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所	宇和島市		
(中止又は利用承認取消しの理由)			

様式第9号（第10条関係）

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業サービス提供事業者届出書

年 月 日

宇和島市長 様

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第10条の規定により、下記のとおりサービス提供事業者の届出をします。

記

※以下の届出の項目について○を付けてください。

新規 ・ 変更 ・ 廃止

届出事業者	フリガナ																
	名称及び代表者氏名	⑤															
	主たる事務所の所在地	〒															
	連絡先	電話番号	()	FAX	()												
E-mail		@															
事業所	フリガナ																
	名称																
	所在地	〒															
	連絡先	電話番号	()	FAX	()												
E-mail		@															
支援事業において提供可能なサービスにチェック☑をしてください。																	
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身体介護</td> <td><input type="checkbox"/> 生活援助</td> <td><input type="checkbox"/> 通院等乗降介助</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 生活援助	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助									
<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 生活援助	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助															
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 車椅子</td> <td><input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 車椅子付属品（電動補助装置等）</td> <td><input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特殊寝台</td> <td><input type="checkbox"/> 歩行器</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（サイドレール等）</td> <td><input type="checkbox"/> 歩行補助つえ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具</td> <td><input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 体位変換器</td> <td><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの）	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品（電動補助装置等）	<input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（サイドレール等）	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。）	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 手すり（工事を伴わないもの）																
<input type="checkbox"/> 車椅子付属品（電動補助装置等）	<input type="checkbox"/> スロープ（工事を伴わないもの）																
<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 歩行器																
<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（サイドレール等）	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ																
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具を除く。）																
<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置																
<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腰掛便座</td> <td><input type="checkbox"/> 簡易浴槽</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品</td> <td><input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入浴補助用具</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 腰掛便座	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品	<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具							
<input type="checkbox"/> 腰掛便座	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽																
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品	<input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分																
<input type="checkbox"/> 入浴補助用具																	
その他特記事項																	

様式第10号（第12条関係）

宇和島市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

宇和島市長 様

住 所

請求者 事業者名 ㊞

(電話番号 ())

年 月 日付け 第 号で利用承認された宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金について、宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第12条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 _____ 円

2 対象者 住 所 _____

氏 名 _____

3 振込先

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通				
金融機関コード	店舗コード	2 当座				
		3 その他				
フリガナ						
口座名義人						

* 利用したサービスの実績報告書（様式第11号）及び領収書の写しを添付してください。

* 請求額は、利用料から対象者負担額を控除した額としてください。

* 対象者負担額は利用料の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。（対象者が生活保護法第6条第1項に規定する被保護者である場合は、対象者負担額は0としてください。）

* 利用料は上限額の範囲内としてください。

宇和島市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

年 月分					
サービス区分	利用回数	利用料合計	助成金	対象者負担額	
訪問介護					
身体介護	回	円	円	円	
生活援助	回	円	円	円	
通院等乗降介助	回	円	円	円	
訪問入浴介護	回	円	円	円	
福祉用具貸与	日	円	円	円	
特定福祉用具販売	—	円	円	円	
計	—	円	円	円	

注)

- 1 複数の事業者を利用しているときは、事業者ごとに提出が必要です。また、利用料の合計額が月額上限（6万円）を超えるときは、事業者間で調整してください。
- 2 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。
- 3 1月分ごとに記入してください。
- 4 裏面の【実施確認票】を記載してください。

【申請者確認欄】

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を受けました。
つきましては、当該サービスに係る助成金の請求及び受領について、以下の事業者
に委任します。

住 所
申請者名 ④

【事業者確認欄】

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を実施しました。

住 所
サービス提供事業者 ④

裏面記載あり

【実施確認票】

■訪問介護及び訪問入浴介護

1 以下のカレンダーの訪問介護及び訪問入浴介護を実施した日に事業者のサービスを実施した担当者印を押印してください。

2 カレンダー内の（ ）に実施したサービスを次のA～Dで記入してください。複数のサービスを実施したときは、主として実施したものを記入してください。

A. 身体介護 B. 生活援助 C. 通院等乗降介助 D. 入浴介護

()曜日						
1()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
8()	9()	10()	11()	12()	13()	14()
15()	16()	17()	18()	19()	20()	21()
22()	23()	24()	25()	26()	27()	28()
29()	30()	31()				

■福祉用具貸与（※利用月の貸与期間を記入してください。）

福祉用具の種類	期 間	利用料	対象者負担額
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円

■特定福祉用具販売

福祉用具の種類	納品日	利用料	対象者負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円