　　　海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給要綱

　（趣旨）

第１条　この要綱は、医師の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40歳未満のがん患者の在宅生活に必要な経費の一部を支援することにより、住み慣れた自宅で最後まで安心して自分らしい生活が送れるようにするため、海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金（以下「給付金」という。）を支給することに関し、必要な事項を定める。

　（定義）

第２条　この要綱において「在宅療養者」とは、次の各号のいずれにも該当する者とする。

　(１)　第４条に規定するサービスの利用時に市の住民基本台帳に記録されている40歳未満の者

　(２)　医師の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

　(３)　治癒を目的とした治療を行わず在宅で療養する者

　(４)　この要綱による事業と同様の趣旨の他の補助等を受けていない者

　（支給対象者）

第３条　給付金の支給の対象となる者（以下「支給対象者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

　(１)　在宅療養者と同一の世帯に属する者

　(２)　在宅療養者と生活を共にする当該在宅療養者の親族

　(３)　在宅療養者の日常生活を支援する者として市長が認める者

　（支給対象経費）

第４条　給付金の支給対象となる経費（次条において「対象経費」という。）は、次のいずれかに該当するサービスの利用に要する経費とする。

　(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項に規定する福祉用具貸与に相当するサービス

　(４)　法第８条第13項に規定する特定福祉用具販売に相当するサービス

　(５)　前各号のサービスに類するサービスで市長が必要と認めるサービス

２　前項各号に掲げるサービスは、神奈川県又は海老名市が指定したサービス等指定事業者が提供するサービスとする。ただし、特に市長が必要と認める場合はこの限りでない。

　（支給額）

第５条　給付金の支給額は、１月につき、対象経費に10分の９を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときはこれを切り捨てた額）とし、54,000円を限度とする。

　（利用の申請）

第６条　給付金の支給を受けようとする支給対象者（以下「申請者」という。）は、海老名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、第２条第２号に該当することが確認できる海老名市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書（第２号様式）及び次の各号に掲げる支給対象者の区分に応じ当該各号に定める書類を添付して、市長に提出しなければならない。

　(１)　第３条第１号の支給対象者　在宅療養者の属する世帯の全員が記載された住民票の写し

　(２)　第３条第２号の支給対象者　在宅療養者の親族であることを証する当該在宅療養者の申立書（第３号様式）

　(３)　第３条第３号の支給対象者　在宅療養者の日常生活を支援する者であることを証する当該在宅療養者の申立書（第３号の２様式）

　（利用の決定）

第７条　市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、海老名市若年がん患者在宅療養支援事業の利用を決定したときは、海老名市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書（第４号様式）により申請者に通知する。

２　市長は、前項の決定のために必要と認めるときは、医師に意見を求めることができる。

　（給付金の請求）

第８条　前条第１項の決定を受けた申請者（以下「支給決定者」という。）は、第４条に規定するサービスを利用したときは、１月を単位として海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給請求書（第５号様式。以下「請求書」という。）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)　海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給明細書（第６号様式）

　(２)　支給対象事業に要した経費を証する領収書等の写し

　(３)　在宅療養者が利用した支給対象事業の内容が分かる書類（前号の書類により確認できない場合に限る。）

　(４)　前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

　（支給の決定）

第９条　市長は、前条の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適正と認めたときは、支給決定者に海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給決定通知書（第７号様式）により通知し、給付金を支給する。

　（給付金の返還）

第１０条　市長は、支給決定者が偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたとき又は市長が給付金の返還の必要があると認めたときは、給付金の全部又は一部の返還を支給決定者に命じることができる。

　（添付書類の省略）

第１１条　市長は、この要綱に規定する申請書の添付書類により確認すべき事項を公簿等により確認することの同意を申請者から得た場合は、当該申請者に当該添付書類の添付を省略させることができる。

　（その他）

第１２条　この要綱に定めるもののほか、この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５年４月1日から施行する。

　　　　《令和５年４月１日・制定》

第１号様式（第６条関係）

年　月　日

　海老名市長　殿

申請者　住所

氏名

電話

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

　海老名市若年がん患者在宅療養支援事業の利用をしたいので、海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給要綱第６条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 在宅療養者 | 氏　　名 |  | 申請者との関係 |  |
| 生年月日 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 利用開始日 | 年　　月　　日 | | | |
| 日常生活用具給付事業による補助 | | | | 有　・　無 |
| 同意事項 | この申請の審査に当たり、申請書及び添付書類の記載事項について、市が保有する個人情報に関する調査及び医師、サービスを提供する事業者に対して聴取、現地調査等を行うことについて同意します。 | | | |

第２号様式（第６条関係）

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 在宅療養者氏名 |  |
| 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |
| 病名 |  | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、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判断できる。  年　　月　　日  医療機関名  所 在 地  電話番号  医　師　名（自署） | | | |

第３号様式（第６条関係）

年　　月　　日

　海老名市長　殿

申立者　住所

氏名

申　立　書

　次の者は、私の親族であることを申し立てます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 申立人との関係 |  |
| 生年月日 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

第３号の２様式（第６条関係）

年　月　日

　海老名市長　殿

申請者　住所

氏名

申　立　書

　次の者は、私の日常生活を支援する者であることを申し立てます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 申立人との関係 |  |
| 生年月日 |  | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |

第４号様式（第７条関係）

海健収第　号

年　月　日

　　　　　　　　　様

海老名市長

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業利用決定通知書

　　　　年　月　日付けで請求のありました海老名市若年がん患者在宅療養支援事業の利用の決定をしたので通知します。

　なお、住所等申請内容に変更が生じたとき又はこの事業の支給が必要なくなったときは、速やかにその旨を届け出てください。

第５号様式（第８条関係）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  　海老名市長　殿  住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印  海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給請求書  　海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金（　　　　　　年　　月分）の支給を請求します。  　請求金額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下表の預金口座に振り込んでください。   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 振　込  指定先 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | 金融機関名 | |  | | | | | | | | | | | 支　店　名 | |  | | | | | | | | | | | 記　　　号  （ゆうちょ銀行） | |  |  |  |  |  | 店番 | |  |  |  | | 預金の種類 | 普・当 | 口座番号  （右詰め） | | |  |  |  |  |  |  |  | |

※請求者氏名と振込指定先の口座名義人が異なる場合は、その関係が分かる書類及び委任状を添付すること。

第６号様式（第８条関係）

年　　月　　日

　海老名市長　殿

申請者　住所

氏名

電話

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給明細書

１　利用月　　　　　　　年　　月から　　　　　　年　　月分まで

２　支給請求金及びその算出根拠

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 利用料合計  Ａ | Ａ×0.9  （10円未満切捨て）  Ｂ |
| 年  月分 | 訪問介護・訪問入浴介護 | 円 | 円 |
| 福祉用具貸与・購入 | 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 |
| 年  月分 | 訪問介護・訪問入浴介護 | 円 | 円 |
| 福祉用具貸与・購入 | 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 |
| 支給申請合計 | | | 円 |

　備考　福祉用具の貸与及び購入は、利用時に20歳以上40歳未満である方が対象です。ただし、利用時に20歳未満でも、日常生活用具給付事業による給付を受けていない方は対象となります。

　　添付書類

□支給対象事業に要した経費を証する領収書等の写し

□利用した給付対象事業の内容が分かる書類（領収証の写し等により確認できない場合に限る。）

第７号様式（第９条関係）

海健収第　号

年　月　日

　　　　　　　　　様

海老名市長

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給決定通知書

　　　　年　月　日付けで請求のありました海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金については、次のとおり支給の決定をしたので通知します。

１　請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　支給決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　支給の対象外となったもの

４　支給条件

　　海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給要綱第10条に定めるところにより、支給決定者が偽りその他不正の手段により給付金の支給を受けたとき又は市長が給付金の返還の必要があると認めたときは、その全部又は一部の返還を命じます。