

## 和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業（以下「支援事業」という。）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診断された若年のがん患者が、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が送れるよう、在宅における生活を支援し、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2条 支援事業の実施主体は、和歌山県とする。

### (対象者)

第3条 支援事業の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て満たしている者とする。

- (1) 和歌山県内に住所を有する者
- (2) 第6条の申請の時点において、年齢が40歳未満である者
- (3) がん患者（当該患者のがんについて、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) 在宅の生活を営む上において居宅介護等の支援が必要な者
- (5) 他の制度によっては支援事業と同等の助成又は給付を受けることができない者

### (助成の対象となるサービス)

第4条 支援事業においては、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定された居宅サービスのうち、次に掲げるサービスを、次条に規定する助成の対象とする。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問入浴介護
- (3) 福祉用具貸与
- (4) 福祉用具購入
- (5) 居宅介護支援

2 前項第3号の福祉用具貸与及び第4号の福祉用具購入において、次条の助成の対象となるものは、別表1に掲げる種類の福祉用具に係るものとする。

3 前2項の規定にかかわらず市町村が実施する小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業その他の支援事業と類似する事業から助成又は給付を受けているものを除く。

(サービス利用料の助成)

第5条 知事は、支援事業の対象者が前条に規定するサービスを利用した場合、当該サービスの利用に要する費用の一部を助成するものとし、助成額は、次により算出された額を上限とする。ただし、算出された額に10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。

(1) アに定める基準額とイに定めるサービス利用料の実支出額とを比較して少ない方の額を選定する。

ア 基準額 別表2に掲げる額

イ サービス利用料 第4条に規定するサービスの利用に要する費用

(2) 第4条第1項第1号から第4号のサービスについては、前号の規定により選定した額に100分の90を乗じて得た額とし、第4条第1項第5号のサービスについては、前号の規定により選定した額に100分の100を乗じて得た額とする。

2 前項の規定にかかわらず、知事は、生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定に基づく被保護者については、同項第1号により算出された額の全額を助成するものとする。

(申請)

第6条 第3条に規定する対象者であって、支援事業を利用しようとする者又は利用しようとする者から委任を受けた者(以下「申請者」という。)は、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業支援申請書(別記第1号様式)に次に掲げる書類を添えて、知事に申請しなければならない。

(1) 意見書(別記第2号様式)又は第3条第3号に該当することが確認できる書類

(2) 住民票の写し(発行日より6か月以内かつマイナンバーの記載がないものに限る。)又は、住民票の取得が困難な場合は、これに代わるものとして、和歌山県内に住所を有していることが確認できる書類(運転免許証の写し等)

(3) その他知事が必要と認める書類

(医師の意見の聴取)

第7条 知事は、病状の確認その他必要と認める場合には、医師に意見を求めることができるものとする。

(決定及び通知)

第8条 知事は、第6条の規定による申請があったときは、速やかに支援の可否を決定し、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業支援決定(却下)通知書(別記第3号様式)により、申請者に通知するものとする。

2 決定の有効期間は、申請のあった日から、支援に係るサービスの利用の廃止又は取消の日までとする。

(変更又は廃止の申請)

第9条 申請者は、支援事業の支援の期間中において、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業変更(廃止)申請書(別記第4号様式)を速やかに知事に提出しなければならない。

- (1) 氏名、住所等申請内容に変更が生じたとき
- (2) 支援事業による支援を受ける必要がなくなったとき  
(変更又は廃止の可否の決定)

第10条 知事は、前条の規定による変更(廃止)申請書の提出があったときは、速やかに変更又は廃止の可否を決定し、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業変更決定(却下)通知書(別記第5号様式)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11条 知事は、申請者が次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、支援事業を中止し、又は取り消すことができる。

- (1) 利用者の疾病状況の変化等により支援事業を継続することが困難であると認められたとき
- (2) 申請者の申請内容に虚偽が存する等、知事が支援事業を継続することが適当でないとき

2 知事は、前項の規定による中止又は取消しをしたときは、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業中止(取消)通知書(別記第6号様式)により、申請者に通知するものとする。

(サービスの利用)

第12条 申請者は、第4条第1項第1号から第4号に規定するサービスの利用に当たっては、サービスを提供する事業者(以下「サービス提供事業者」という。)に自ら依頼するか、又は指定居宅介護支援事業者(介護保険法に基づき県内市町村長が指定した事業者)に依頼の上、当該サービスの提供を受けるものとする。

2 前項のサービス提供事業者は、原則として、介護保険法に基づき知事又は和歌山市長が指定した事業者とする。ただし、介護保険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、知事が特に認めた事業者にあっては、この限りでない。

(支援事業に係る居宅サービス計画の作成)

第13条 申請者は、第4条第1項第5号の居宅介護支援を利用する場合は、当該サービス提供事業者から和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業に係る居宅サービス計画(別記第7号様式)並びに和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業に係るサービス担当者会議の要点(別記第8号様式)(以下「居宅サービ

ス計画」という。)の交付を受けるものとする。

- 2 申請者は、前項の居宅サービス計画の交付を受けたときは、当該計画の写しを知事に提出しなければならない。

(助成金の請求)

第14条 申請者は、助成金の交付を受けようとするときは、利用者負担分を除いた利用料をまとめて、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書(別記第9号様式)により、知事に請求しなければならない。助成金の請求は、サービスの提供を受けている期間中において、月単位で請求することができるものとし、申請者は、助成金の申請及び受領に関する権限を委任しようとする場合は、あらかじめ委任状(別記第10号様式)を知事に提出しなければならない。

- 2 サービスを利用した日から、申請者が助成金の請求をしないまま2年を経過したときは、助成の対象とはしないものとする。

(助成金の交付)

第15条 知事は、前条第1項に規定する請求があった場合は、内容を審査の上、適当と認められたときは、助成金を交付するものとする。

(助成金の返還)

第16条 知事は、偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた者があると認めるときは、支援事業の支援の決定を取り消すとともに、助成金の全部又は一部を返還させるものとする。

(その他)

第17条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年7月1日から施行し、令和2年度の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行し、令和4年度の助成金から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行し、令和6年度の助成金から適用する。

別表 1 (第 4 条関係)

福祉用具貸与の種類

|    |                    |
|----|--------------------|
| 1  | 車いす                |
| 2  | 車いす付属品             |
| 3  | 特殊寝台               |
| 4  | 特殊寝台付属品            |
| 5  | 床ずれ防止用具            |
| 6  | 体位変換器              |
| 7  | 手すり (工事を伴わないもの)    |
| 8  | スロープ (工事を伴わないもの)   |
| 9  | 歩行器                |
| 10 | 歩行補助つえ             |
| 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           |
| 13 | その他知事が必要と認めるもの     |

福祉用具購入の種類

|   |                 |
|---|-----------------|
| 1 | 腰掛便座            |
| 2 | 自動排泄処理装置の交換可能部品 |
| 3 | 入浴補助用具          |
| 4 | 簡易浴槽            |
| 5 | 移動用リフトのつり具の部分   |
| 6 | 排泄予測支援機器        |
| 7 | その他知事が必要と認めるもの  |

別表 2 (第 5 条関係)

| 区分                    | 基準額            |
|-----------------------|----------------|
| 第 4 条第 1 項第 1 号～第 3 号 | 1 月あたり 9 万円    |
| 第 4 条第 1 項第 4 号       | 1 年あたり 1 0 万円  |
| 第 4 条第 1 項第 5 号       | 1 月あたり 2. 2 万円 |

(表面)

様式第1号 (第6条関係)

### 和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業支援申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所  
 氏 名 (自署)  
 (利用者との続柄 )  
 (電話番号 )

下記のとおり、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、申請します。

記

|         |  |         |       |            |  |
|---------|--|---------|-------|------------|--|
| ふりがな    |  | 生年月日    | 年 月 日 |            |  |
| 利用者氏名   |  | 年 齡     | 歳     |            |  |
| 住 所     | 〒<br>TEL ( )   |         |       |            |  |
| 家 族 構 成 | 氏 名  | 利用者との続柄 | 生年月日  | 備 考 (連絡先等) |  |
|         |  |         |       |            |  |
|         |  |         |       |            |  |
|         |  |         |       |            |  |
| 主 治 医   | 病院名<br>医師名   | 電話番号    |       |            |  |
| 利用開始予定日 | 年 月 日  |         |       |            |  |
| サービス内容  | <p>*該当するサービス内容に○印をつけて下さい</p> <p>■身体介護に関すること<br/>         1 身体の清潔の保持等の援助    2 その他必要な身体介護</p> <p>■生活援助に関すること<br/>         1 調理    2 生活必需品の買い物    3 衣類の洗濯、補修<br/>         4 住居等の清掃、整理整頓    5 その他必要な家事</p> <p>■通院等乗降介助に関すること<br/>         1 通院、交通や公共機関の利用等の援助    2 その他 ( )</p> <p>■訪問入浴介護<br/>         ■福祉用具貸与 ( )<br/>         ■福祉用具購入 ( )<br/>         ■居宅介護支援</p> |         |       |            |  |

(裏面)

|              |  |
|--------------|--|
| 事業所名         | 訪問介護 ( )<br>訪問入浴介護 ( )<br>福祉用具貸与 ( )<br>福祉用具購入 ( )<br>居宅介護支援 ( )           |
| 公的制度<br>受給状況 | 生活保護の受給 (有・無) 小児慢性特定疾病医療費助成 (有・無)<br>※生活保護を受給している場合は、受給資格を証明する書類を添付してください。 |

※ 医師の意見書(様式第2号)と住民票の写し(発行日より6か月以内かつマイナンバーの記載がないもの)等を添付してください。

※ 必要があるときは、医師にお問い合わせする場合がありますので、ご了承ください。

※ 支援事業を利用しようとする者以外の者が申請する場合は、下記の欄に記載願います。

\*\*\*\*\*

## 委 任 状

和歌山県知事 様

(代理人) 住 所

氏 名 (自署)

私は、上記の者を代理人と定め、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業の申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住 所

氏 名 (自署)



## 意見書

|   |  |          |                |
|---|--|----------|----------------|
| ふりがな  |  | 生年<br>月日 | 年 月 日生<br>( 歳) |
| 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、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第3条第3号の要件に該当するものと判断できる※。</p> <p>和歌山県知事 様</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（自署） _____</p> |  |          |                |

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。

必要があるときは、お問い合わせする場合がありますのでご了承ください。



(表面)

様式第4号(第9条関係)

和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業変更(廃止)申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所  
氏 名(自署)  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

年 月 日付けで申請した、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業について、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。

記

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)

|            |  |         |      |           |
|------------|--|---------|------|-----------|
| ふりがな       | -----  |         | 生年月日 | 年 月 日     |
| 利用者氏名      |  |         | 年 齢  | 歳         |
| 住 所        | 〒<br>TEL ( )   |         |      |           |
| 家族構成       | 氏 名  | 利用者との続柄 | 生年月日 | 備 考(連絡先等) |
|            |  |         |      |           |
|            |  |         |      |           |
|            |  |         |      |           |
| 主 治 医      | 病院名  |         | 電話番号 |           |
|            | 医師名  |         |      |           |
| 支援対象サービス内容 | *該当する支援対象サービス内容に○印をつけてください<br>■身体介護に関すること<br>1 身体の清潔の保持等の援助 2 その他必要な身体介護<br>■生活援助に関すること<br>1 調理 2 生活必需品の買い物 3 衣類の洗濯、補修<br>4 住居等の清掃、整理整頓 5 その他必要な家事<br>■通院等乗降介助に関すること<br>1 通院、交通や公共機関の利用等の援助 2 その他( )<br>■訪問入浴介護<br>■福祉用具貸与( )<br>■福祉用具購入( )<br>■居宅介護支援 |         |      |           |

※裏面に続く

(裏面)

|      |            |
|------|------------|
| 事業所名 | 訪問介護 ( )   |
|      | 訪問入浴介護 ( ) |
|      | 福祉用具貸与 ( ) |
|      | 福祉用具購入 ( ) |
|      | 居宅介護支援 ( ) |

**2 支援事業を利用する必要がなくなった場合**

<理由> 次の中から選んでください。

ア 申請者が入院することとなった

イ 申請者が亡くなった

ウ その他 ( )

様式第5号（第10条関係）

和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業変更決定（却下）通知書

年 月 日

様

和歌山県知事



年 月 日付けで変更申請のありました和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業については、申請のとおり決定した（申請内容では認められません）ので通知します。

記

決定（却下）した内容

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

様式第6号（第11条関係）

**和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業中止（取消）通知書**

年 月 日

様

和歌山県知事

印

年 月 日付けで申請のありました和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業については、  
下記の理由により中止（取消）することとしましたので通知します。

記

中止（取消）した理由

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



和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業に係るサービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 様

和歌山県若年がん患者在宅療養支援  
事業に係る居宅サービス計画作成者  
(担当者) 氏名

開催日 年 月 日

開催場所

開催時間

開催回数

| 会議出席者  | 所属（職種） | 氏名 | 所属（職種） | 氏名 | 所属（職種） | 氏名 |
|--|--------|----|--------|----|--------|----|
| 利用者・家族の出席<br>本人：【            】<br>家族：【            】<br>(続柄：            ) |        |    |        |    |        |    |
| ※備考  |        |    |        |    |        |    |
| 検討した項目   |        |    |        |    |        |    |
| 検討内容   |        |    |        |    |        |    |
| 結論   |        |    |        |    |        |    |
| 残された課題<br>(次回の開催時期)  |        |    |        |    |        |    |



(表面)

様式第9号(第14条関係)

## 和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所

氏 名 (自署)

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

年 月 日付けで支援決定のありました、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業の助成金  
( 年 月分～ 年 月分) を下記のとおり申請します。

記

1 申請金額 金 円

※ 裏面の申請金額内訳の「(G) 欄」の金額を記入してください。

2 振込口座

| 金融機関名     | 本・支店名 | 種 目    | 口 座 番 号 |  |  |  |
|-----------|-------|--------|---------|--|--|--|
|           |       | 1 普通預金 |         |  |  |  |
|           |       | 2 当座預金 |         |  |  |  |
|           |       | 3 その他  |         |  |  |  |
| ふ り が な   |       |        |         |  |  |  |
| 口 座 名 義 人 |       |        |         |  |  |  |

※ ①利用されたサービスの領収書(写し)と②サービス内容・日時・利用回数・金額が記載された明細書(写し)、③居宅介護支援を利用した場合は居宅サービス計画(様式第7号、8号)を添付してください。

※ 申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任状(別記第10号様式)を添付してください。

(裏面)

【申請金額内訳】

| サービス利用月                     | サービス区分 | サービス利用額 | 公費額   |
|-----------------------------|--------|---------|-------|
| 年 月分                        | 訪問介護   | 円       |       |
|                             | 訪問入浴介護 | 円       |       |
|                             | 福祉用具貸与 | 円       |       |
|                             | 計      | (A) 円   | (B) 円 |
| 年 月分                        | 訪問介護   | 円       |       |
|                             | 訪問入浴介護 | 円       |       |
|                             | 福祉用具貸与 | 円       |       |
|                             | 計      | (A) 円   | (B) 円 |
| 年 月分                        | 訪問介護   | 円       |       |
|                             | 訪問入浴介護 | 円       |       |
|                             | 福祉用具貸与 | 円       |       |
|                             | 計      | (A) 円   | (B) 円 |
| 福祉用具購入<br>(1年あたりの基準上限額10万円) |        | (C) 円   | (D) 円 |
| 年 月分                        | 居宅介護支援 | (E) 円   | (F) 円 |
| 年 月分                        | 居宅介護支援 | (E) 円   | (F) 円 |
| 年 月分                        | 居宅介護支援 | (E) 円   | (F) 円 |
| 合計                          |        |         | (G) 円 |

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

※月ごとに記入してください。1か月分だけの申請もできます。

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与は、一月あたりの基準上限額は9万円です。

(1) サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額(1か月分)を「サービス利用額」欄に記入し、(A)欄に合計額を記入してください。

(2) (A)欄の金額に0.9をかけて10円未満を切り捨てた金額を(B)欄に記入してください。

ただし、**8万1千円を超えた場合は、「81,000円」**を(B)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(A)欄の金額をそのまま(B)欄に記入してください。  
ただし、9万円を超えた場合は、「90,000円」を(B)欄に記入してください。

【福祉用具購入】

1年あたりの基準上限額は10万円です。

(3) (C)欄の金額に0.9をかけて10円未満を切り捨てた金額を(D)欄に記入してください。

ただし、**9万円を超えた場合は、「90,000円」**を(D)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(C)欄の金額をそのまま(D)欄に記入してください。  
ただし、10万円を超えた場合は、「100,000円」を(D)欄に記入してください。

**【居宅介護支援】**

※月ごとに記入してください。1か月分だけの申請もできます。

一月あたりの基準上限額は2.2万円です。

(4) (E) 欄に支払った金額（1か月分）を記入し、その金額を (F) 欄にも記入してください。

ただし、2.2万円を超えた場合は、「22,000円」を (F) 欄に記入してください。

(5) 各月の (B) 欄及び (F) 欄の金額と (D) 欄の合計額を (G) 欄に記入して、その金額を表面の「1 申請金額」欄に記入してください。

# 委任状

年 月 日

和歌山県知事 様

私は、下記の者を代理人と定め、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業利用料（ 年 月分～ 年 月分）として、和歌山県から支払われる利用料の助成金の申請及び受領に関する一切の権限を委任するので、別記第9号様式の交付申請書記載の口座に振り込み願います。

なお、この委任状の有効期限は、民法（明治29年法律第89号）第653条第1号の規定によるものとします。

記

委 任 者

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

受 領 者

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_