

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1 知事は、入院中の未成年のがん患者（以下「小児がん患者等」という。）が家族の心理的サポートによって質の高い療養生活を送れるようにするとともに、入院に付き添う家族の身体的、経済的な負担を軽減するため、小児がん患者等の入院に付き添った家族の宿泊施設の利用に係る経費に対し、予算の範囲内において、補助金を交付するものとし、その交付に関しては、和歌山県補助金等交付規則（昭和62年和歌山県規則第28号。以下「規則」という。）及びこの要綱の定めるところによる。

(補助対象者)

第2 この補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、小児がん患者等（次の各号のいずれにも該当する者に限る。）の家族（3親等以内の親族をいう。）とする。

- (1) がんの治療のために医療機関に入院をした者
- (2) 前号の入院をしていた期間において、18歳未満である者
- (3) 第1号の入院をした日において、和歌山県内に住所を有する者
- (4) 申請の対象となる入院期間につき、この補助金の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）に対し、他の制度の助成金等を受けていない者

(補助対象経費)

第3 補助対象経費は、次の各号のいずれにも該当する宿泊をした補助対象者1人分の宿泊料（1年度につき30泊分の宿泊料を上限とし、実際に金銭的に負担したものに限る。）とする。ただし、宿泊料のうち、食事料その他の室料とは別に課される料金（以下「食事料等」という。）については、対象外とする。

- (1) 小児がん患者等の入院の付き添いに必要な宿泊であること。
- (2) 患者家族滞在施設（専ら医療機関に通院又は入院している患者及びその家族等に対して、低廉な料金での宿泊サービスを提供している施設をいう。）での宿泊でないこと。
- (3) 小児がん患者等が入院している医療機関が所在する同一又は隣接の市区町村内に所在する宿泊施設を利用した宿泊であること（宿泊施設が確保できない場合その他のやむを得ない事情がある場合は除く。）。

(補助金の交付額)

第4 この補助金の交付額は、1泊当たり、補助対象者1名分の宿泊料と11,800円とを比較し、いずれか少ない額に2分の1を乗じて得た額とし、1年度当たり、30泊分を上限とする。ただし、補助金の交付額に、1円未満の端数がある場合は、これを切り捨てた額とする。

(補助金の申請)

第5 この補助金の交付を受けようとする補助対象者は、規則第4条の規定にかかわらず、和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付申請書（別記第1号様式）及び次の各号に掲げる書類を知事に提出しなければならない。

- (1) 小児がん患者等が、がん治療に伴い医療機関に入院していたことが分かる書類の写し（医療機関名、患者名、疾病名、治療内容及び入院期間の記載があるものに限る。）又は和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金入院証明書（別記第2号様式）

- (2) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において18歳未満であることが確認できるもの
- (3) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において和歌山県内に住所を有していることが確認できるもの（住民票を提出する場合はマイナンバーの記載がないものに限る。）
- (4) 補助対象者が小児がん患者等の3親等以内の親族であることが確認できるもの
- (5) 宿泊料の領収書等の写し
- (6) その他知事が必要と認める書類

2 補助対象者は、補助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3号様式）を知事に提出しなければならない。

3 第1項の申請は、補助対象経費の宿泊料に係る支払日の属する年度の翌年度末までに行うものとする。

（実績報告等の取扱い）

第6 この事業については、規則第13条の規定にかかわらず、第5の規定による申請により当該実績報告があったものとみなす。

2 この事業については、規則第14条の規定にかかわらず、規則第5条の規定による決定により当該補助金の額の確定を行ったものとみなす。

（補助金等の交付）

第7 規則第16条の規定による補助金等交付請求手続は省略することができる。

（その他）

第8 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に知事が定めるところによる。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

(申請者) 住 所
氏 名
(患者との続柄)
(電話番号)

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金を、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり和歌山県補助金等交付規則第5条の2に規定する補助金等の交付の除外要件に該当することが判明した場合又は同規則第10条第2項の規定に違反した場合には、同規則第17条の規定に基づき補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

また、補助の適正を判断するために必要な場合は、県から医療機関又は宿泊先施設に補助金を審査するに当たり必要となる事項の照会を行うことについて同意します。

1 申請金額 金 円
※「4 申請金額内訳について」の(H)欄の金額を記入してください。

2 患者について

ふりがな		生年月日	年	月	日
患者氏名		年 齡	歳		
住 所	〒 TEL ()				
過去の申請実績	本事業に係る過去の申請実績 有 ・ 無 ※ いずれかに○印をつけてください。 (有の場合は、各年度ごとの泊数の交付実績を記入ください。1年度30泊分が上限です。)				
	■	年度	泊分	■	年度 泊分
	■	年度	泊分	■	年度 泊分
申請対象の入院期間につき、他制度の助成等を受けていますか。	はい ・ いいえ				
※ 「はい」の場合は、本事業の補助を受けることができません。	※ いずれかに○印をつけてください。				

3 振込口座について

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									

4 申請金額内訳について

(入院期間 1)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

(入院期間 2)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

(入院期間 3)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

(入院期間 4)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

(入院期間 5)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

補助金申請額	(G) 欄の対象経費の合計×0.5 (1円未満切捨て)	(H) 欄	円
--------	-----------------------------	-------	---

補助対象泊数 (I) 欄	年度	泊分
	年度	泊分

《記入方法》

- ① 利用した宿泊施設の領収書等を参照し、入院期間及び宿泊期間ごとに記入してください。
- ② 「氏名」(B) 欄について、患者の入院に付き添った人(3親等以内の親族に限る。)の氏名を記入してください。
- ③ 「続柄」(C) 欄について、患者からみた続柄を記入してください。
- ④ 「1泊当たりの宿泊料」(D) 欄について、次のとおり記入してください。
 - ・ 室料と別に課される食事料等がある場合は、その額を除いた金額を記入してください。
 - ・ 1泊あたりの宿泊料が設定されていない場合は、宿泊料の合計を泊数で除した金額(1円未満切捨て)を記入してください。(例: 6泊 50,000円の場合、1泊あたりの宿泊料 8,333円)
 - ・ 1泊あたり 11,800円を超える場合は「11,800円」を記入してください。
- ⑤ 「対象経費」(F) 欄について、「1泊当たりの宿泊料」(D) 欄に「泊数」(E) 欄を乗じた金額を記入してください。
- ⑥ 「小計」(G) 欄について、「対象経費」(F) 欄の合計金額を記入してください。
- ⑦ 「補助金申請額」(H) 欄について、全ての入院期間の「小計」(G) 欄の対象経費の合計額に、0.5を乗じた額を記入してください。ただし、1円未満の端数がある場合は、切り捨てた額を記入してください。
- ⑧ 「補助対象経費泊数」(I) 欄について、年度ごとに申請する泊数を記入してください(1年度ごとに30泊が上限となりますのでご注意ください。)

〈 関係書類 〉

- (1) 小児がん患者等が、がん治療に伴い医療機関に入院していたことが分かる書類の写し(医療機関名、患者名、疾病名、治療内容及び入院期間の記載があるものに限る。)又は和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金入院証明書(別記第2号様式)
- (2) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において18歳未満であることが確認できるもの
- (3) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において和歌山県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票を提出する場合はマイナンバーの記載がないものに限る。)
- (4) 補助対象者が小児がん患者等の3親等以内の親族であることが確認できるもの
- (5) 宿泊料の領収書等の写し
- (6) その他知事が必要と認める書類

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金入院証明書

年 月 日

和歌山県知事 様

(医療機関) 所在地
名 称
(担 当 者) 所 属
氏 名
連絡先

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付要綱第2の小児がん患者等が、がんの治療に伴い、下記のとおり入院したことを証明します。

記

1 対象患者（入院した日において18歳未満の者）

氏 名	(生年月日 年 月 日 (歳))
住 所	
疾 病 名	
治療内容 (該当するものに○)	・手術 ・薬物療法 ・放射線治療 ・その他 ()

2 入院期間

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

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、和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業に係る補助対象経費の宿泊料（ 年 月分～ 年 月分）として、和歌山県から支払われる補助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1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）
