

## 亀山市告示第61号

亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業実施要綱を次のように定める。

令和6年3月29日

亀山市長 櫻井 義之

### 亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、在宅において療養生活を送るAYA世代等のがん患者（医師に一般的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と判断された40歳未満のがん患者をいう。以下同じ。）及びその家族の経済的負担の軽減を図ることにより、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支援することを目的とする。

(支援対象者)

第2条 亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業（以下「支援事業」という。）を利用することができる者（以下「支援対象者」という。）は、次の要件を満たすAYA世代等のがん患者とする。

- (1) 支援事業の利用を申請する日及び次条に規定する支援事業対象サービスの利用時点において市内に住所を有する者
- (2) 在宅における療養生活の支援及び介護が必要な者
- (3) 支援事業と同等の支援又は制度による補助金等の給付を受けることができない者

(支援事業対象サービス)

第3条 支援事業の対象となるサービス（以下「支援事業対象サービス」という。）は、支援対象者が利用する介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第1項に規定する居宅サービスのうち、次に掲げるものとする。ただし、次条第1号に規定する医師の意見書に記載された診断の日から40歳となる日の前日までの間に利用し、又は購入したものに限る。

- (1) 訪問介護
- (2) 訪問入浴介護

(3) 次に掲げる福祉用具の貸与

- ア 車椅子
- イ 車椅子附属品
- ウ 特殊寝台
- エ 特殊寝台附属品
- オ 床ずれ防止用具
- カ 体位変換器
- キ 手すり（工事を伴わないものに限る。）
- ク スロープ（工事を伴わないものに限る。）
- ケ 歩行器
- コ 歩行補助つえ
- サ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）
- シ 自動排せつ処理装置
- ス その他市長が必要と認めるもの

(4) 次に掲げる福祉用具の購入

- ア 腰掛便座
- イ 自動排せつ処理装置の交換可能部品
- ウ 入浴補助用具
- エ 簡易浴槽
- オ 移動用リフトのつり具の部分
- カ 排せつ予測支援機器
- キ その他市長が必要と認めるもの

(支援事業の利用申請)

第4条 支援事業の利用を申請しようとする者は、亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業利用申請書（様式第1号）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) 医師の意見書（様式第2号）又はこれに準ずるものとして市長が適当と認める書類
- (2) 氏名、現住所及び生年月日が確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(医師への意見聴取)

第5条 市長は、必要と認める場合には、支援対象者について医師の意見を求めることができるものとする。

(利用決定)

第6条 市長は、第4条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、支援事業の利用の可否を決定し、亀山市A Y A世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業利用決定（却下）通知書（様式第3号）により、同条の規定により申請した者に通知するものとする。

(変更又は廃止の申請)

第7条 前条の規定により決定を受けた支援事業の利用について、次の各号のいずれかに該当するときは、亀山市A Y A世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業変更（廃止）申請書（様式第4号）を速やかに市長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) 支援事業を受ける必要がなくなったとき。
- (3) 支援対象者の要件に該当しなくなったとき。

(変更又は廃止の決定)

第8条 市長は、前条の規定による変更又は廃止の申請があったときは、速やかに変更又は廃止の可否を決定し、亀山市A Y A世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業変更利用決定（却下）通知書（様式第5号）により、同条の規定により申請した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、次の各号のいずれかに該当するときは、支援事業の利用を中止し、又は取り消すことができる。

- (1) 支援対象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) 申請内容に虚偽が存する等、市長が支援事業を継続することが適当でないとき。

(助成金の交付)

第10条 市長は、支援対象者に対し、亀山市A Y A世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業助成金（以下「助成金」という。）を交付することができる。

(助成金の交付対象経費)

第11条 助成金の交付の対象となる経費（以下「交付対象経費」という。）は、支援事業対象サービスの利用又は購入に要した費用とする。

(助成金の額及び交付回数)

第12条 助成金の額及び交付回数は、次のとおりとする。

支援対象者	支援事業対象サービス	助成金の額	助成金の額の上限	交付回数
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（以下「被保護者」という。）でない者	第3条第1号から第3号までに掲げる支援事業対象サービスを利用する場合	交付対象経費に10分の9を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）	1月につき81,000円	支援対象者1人につき6回を限度とする。
	第3条第4号に掲げる支援事業対象サービスを利用する場合	交付対象経費に10分の9を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）	90,000円	支援対象者1人につき1回を限度とする。
被保護者である者	第3条第1号から第3号までに掲げる支援事業対象サービスを利用する場合	交付対象経費に相当する額	1月につき90,000円	支援対象者1人につき6回を限度とする。
	第3条第4号に掲げる支援事業対象サービスを利用する場合	交付対象経費に相当する額	100,000円	支援対象者1人につき1回を限度とする。

(助成金の交付申請)

第13条 助成金の交付を申請しようとする者は、次の各号のいずれかの方法により行うものとする。

(1) 亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付申請書（様式第6号）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出する方法

ア 交付対象経費に係る内訳が分かる書類

イ 交付対象経費に係る領収書

ウ ア及びイに準ずる書類として市長が適当と認めるもの（ア及びイに掲げる書類

を添付できない場合に限る。)

(2) 支援事業対象サービスを提供する事業者が亀山市A Y A世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付申請書(様式第7号)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出する方法

ア 支援対象者が支援事業対象サービスを利用したことが分かる書類

イ 交付対象経費に係る内訳が分かる書類

ウ ア及びイに準ずる書類として市長が適当と認めるもの(ア及びイに掲げる書類を添付できない場合に限る。)

2 第3条第1号から第3号までに掲げる支援事業対象サービスの利用にあつては、1月を単位としてその月分の交付対象経費について申請するものとする。

3 第1項の規定による申請は、支援事業対象サービスの利用を開始し、又は支援事業対象サービスを購入した日の翌日から起算して1年以内に行わなければならない。

(助成金の交付)

第14条 市長は、前条第1項の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、助成金を交付するものとする。

(不正利得の返還)

第15条 市長は、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きは、支援事業の利用の決定を取り消すとともに、その者から当該交付した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16条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和6年4月1日から施行し、同日以後に利用し、又は購入した支援事業対象サービスについて適用する。

(失効)

2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

(失効に伴う経過措置)

3 前項の規定によるこの告示の失効の際現にこの告示に基づいて交付されている助成金の返還については、この告示の失効にかかわらず、第15条の規定は、なおその効

力を有する。

(表面)

様式第1号(第4条関係)

亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

亀山市長 様

申請者 住 所  
氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

下記のとおり、亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 齡	歳		
住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始予定日	年 月 日				
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付 事業による給付の有無	有	・	無	
	生活保護の受給の有無	有	・	無	
	<生活保護の受給が有の場合> 受給資格審査のため、亀山市が実施する世帯の生 活保護受給状況の確認に同意しますか。	同意する	・	同意しない	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有	・	無	
その他の給付金の有無	有	・	無		

【裏面もご記入ください】

(裏面)

利用するサービス内容

1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護
3. 次に掲げる福祉用具の貸与 (1) 車椅子 (2) 車椅子附属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台附属品 (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) 自動排せつ処理装置 (13) その他市長が必要と認めるもの	
4. 次に掲げる福祉用具の購入 (1) 腰掛便座 (2) 自動排せつ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) 排せつ予測支援機器 (7) その他市長が必要と認めるもの	

※ 医師の意見書(様式第2号)等と運転免許証・マイナンバーカードの写し(マイナンバーの記載がないもの)等を添付してください。

※ 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、下記の欄に記入してください。

\*\*\*\*\*

委 任 状

亀山市長 様

(代理人) 住 所

氏 名 (自署)

私は、上記の者を代理人と定め、亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する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)



# 医 師 の 意 見 書

ふりがな		生	
氏 名		年	年 月 日生
		月	( 歳)
		日	
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、亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業実施要綱に規定する亀山市 AYA 世代等のがん患者に該当するものと判断できる*。</p> <p>亀山市長 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。

様式第3号（第6条関係）

亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業  
利用決定（却下）通知書

第 一 号  
年 月 日

様

亀山市長

年 月 日付けで申請のありました亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業について、下記のとおり利用決定（却下）しましたので通知します。

記

1 支援事業対象サービス利用開始予定日 年 月 日

2 支援事業対象サービス利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

3 支援事業対象サービスの内容

(表面)

様式第4号(第7条関係)

### 亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業変更(廃止)申請書

年 月 日

亀山市長 様

申請者 住 所  
氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

年 月 日付け第 号にて利用決定のあった亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業について、下記のとおり申請内容に変更が生じた(利用する必要がなくなった)ため、変更(廃止)申請します。

記

#### 1 申請内容に変更が生じた場合(変更があった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	〒				
連絡先	※日中に連絡可能な電話番号を記入してください。				
利用開始予定日	年	月	日		
公的制度 受給状況	区分	いずれかに○			
	小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無	有	・	無	
	生活保護の受給の有無	有	・	無	
	<生活保護の受給が有の場合> 受給資格審査のため、亀山市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に同意しますか。	同意する	・	同意しない	
	障害者総合支援法に基づく給付の有無	有	・	無	
その他の給付金の有無	有	・	無		

【裏面もご記入ください】

(裏面)

利用するサービス内容

1. 訪問介護	2. 訪問入浴介護
3. 次に掲げる福祉用具の貸与 (1) 車椅子 (2) 車椅子附属品 (3) 特殊寝台 (4) 特殊寝台附属品 (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) 自動排せつ処理装置 (13) その他市長が必要と認めるもの	
4. 次に掲げる福祉用具の購入 (1) 腰掛便座 (2) 自動排せつ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) 排せつ予測支援機器 (7) その他市長が必要と認めるもの	

2 支援事業を利用する必要がなくなった又は支援対象者の要件に該当しなくなった場合

(1) 支援対象者氏名

(2) 支援事業を利用する必要がなくなった又は支援対象者の要件に該当しなくなった理由

様式第5号（第8条関係）

亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業  
変更利用決定（却下）通知書

第 一 号  
年 月 日

様

亀山市長

年 月 日付けで変更申請のありました亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業について、下記のとおり利用決定（却下）しましたので通知します。

記

- 1 支援事業対象サービス利用開始予定日 年 月 日
- 2 支援事業対象サービス利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

- 3 支援事業対象サービスの内容

## 亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付申請書

年 月 日

亀山市長 様

申請者 住 所

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました、亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業について、助成金の交付を受けたいので下記のとおり交付申請します。

記

1 申請金額 金 円

※ 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利用したサービスの領収書(写し)と②助成金の交付対象経費に係る内訳が分かる書類(写し)を添付してください。

【申請金額内訳】

サービス利用月	サービス内容	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※ <sup>1</sup>
福祉用具購入		(C) 円	(D) 円※ <sup>2</sup>
合 計			(G) 円

※<sup>1</sup> (B) 欄の上限は 81,000 円（生活保護受給世帯の場合は 90,000 円）とする。

※<sup>2</sup> (D) 欄の上限は 90,000 円（生活保護受給世帯の場合は 100,000 円）とする。

## 《記入方法》

### 【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

- (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1,000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、**81,000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】

- (3) (C) 欄の金額に0.9をかけて1,000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、**90,000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。

**亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付申請書**  
(機関委任払い)

年 月 日

亀山市長 様

申請者 住 所  
代表者名  
(電話番号 )

年 月 日付にて が利用決定を受けた、亀山市 AYA 世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業について、助成金の交付を受けたいので下記のとおり交付申請します。

記

1 申請金額 金 円

※ 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利用したサービスの領収書（写し）と②支援対象者が当該サービスを利用したことが分かる書類（写し）を添付してください。

【申請金額内訳】

サービス利用月	サービス内容	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※ <sup>1</sup>
福祉用具購入		(C) 円	(D) 円※ <sup>2</sup>
合 計			(G) 円

※<sup>1</sup> (B) 欄の上限は 81,000 円（生活保護受給世帯の場合は 90,000 円）とする。

※<sup>2</sup> (D) 欄の上限は 90,000 円（生活保護受給世帯の場合は 100,000 円）とする。



## 《記入方法》

### 【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

- (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1,000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、**81,000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】

- (3) (C) 欄の金額に0.9をかけて1,000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、**90,000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。