

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金交付要綱

(令和 7 年桶川市告示第 1 1 6 号)

(目的)

第 1 条 この要綱は、在宅療養サービス（第 4 条に規定する在宅療養サービスをいう。以下同じ。）に要する経費の一部を助成することにより、A Y A 世代の終末期がん患者の在宅療養生活の質の向上と経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) がん がん登録等の推進に関する法律（平成 2 5 年法律第 1 1 1 号）第 2 条第 1 項に規定するがん又は移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律（平成 2 4 年法律第 9 0 号）第 2 条第 2 項に規定する造血幹細胞移植による治療を必要とする疾病をいう。
- (2) がん患者 がんに罹患し、かつ、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に至ったと判断された者をいう。
- (3) 利用者 在宅療養サービスを利用する者をいう。
- (4) 受任者 利用者が民法（明治 2 9 年法律第 8 9 号）第 6 5 3 条第 1 号の規定にかかわらず、桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金（以下「助成金」という。）の請求又は受領に関する権限の委任を受けた者をいう。

(助成対象者)

第 3 条 助成金の交付の対象となる者（第 5 条において「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 第 6 条第 1 項の規定による申請の日及び在宅療養サービス利用の日

時点において、市内に住所を有する者

(2) 18歳以上40歳未満の者

(3) がん患者であり、在宅療養生活への支援及び介護が必要なもの

(4) 他の制度において、同等の助成金等の交付を受けていない者

(助成の対象となる在宅療養サービス等)

第4条 助成金の交付の対象となる在宅療養サービスは、次に掲げるものとする。

(1) 訪問介護 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もの

(2) 訪問入浴介護 法第8条第3項に規定する訪問入浴に相当するもの

(3) 別表第1に掲げる福祉用具の貸与

(4) 別表第2に掲げる福祉用具の購入

(5) 主治医意見書又は桶川市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養意見書（様式第1号。以下「意見書」という。）の作成

(助成金の額)

第5条 助成金の額は助成対象者1人につき、次の各号に掲げる区分ごとにそれぞれ当該各号に定める額とする。

(1) 前条第1号から第3号までに規定する在宅療養サービス 1か月の利用料を合わせた額に10分の9を乗じて得た額（利用者が生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護者である場合は、10分の10）（当該額に千円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額。次号において同じ。）又は7万2千円のいずれか低い額とする。

(2) 前条第4号に規定する在宅療養サービス 購入に要した経費に10分の9を乗じた額（利用者が生活保護法に規定する被保護者である場合は、10分の10）の額又は9万円のいずれか低い額とする。ただし、交付は1回までとする。

(3) 前条第 5 号に規定する在宅療養サービス 意見書の作成料又は 5 千円のいずれか低い額とする。ただし、1 回を限度とする。

(利用申請)

第 6 条 助成金の交付を受けようとする者又はその者と同居する親族等は、桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用申請書（様式第 2 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) 意見書

(2) 申請する者及び利用者の本人確認書類の写し

2 前項の規定による申請は、在宅療養サービス（第 4 条第 5 号に規定する在宅療養サービスを除く。）の利用までに行わなければならない。ただし、市長が認めた場合は、この限りでない。

3 利用者は助成金の交付に係る一切の手続を民法第 6 4 3 条の規定により委任することができ、受任者は同法第 6 5 3 条第 1 項第 1 号の規定にかかわらず、助成金の交付に係る手続を委任されているものとする。

(医師の意見の聴取)

第 7 条 市長は、必要と認める場合には、利用者について医師の意見を求めることができる。

(利用決定)

第 8 条 市長は、第 6 条の規定による申請があったときは、速やかに内容を審査して利用の可否を決定し、桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用決定（不決定）通知書（様式第 3 号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

2 前項の規定による利用の決定の有効期限は、利用者が 4 0 歳に到達する日の前日までとする。

(交付請求)

第 9 条 前条第 1 項の規定により利用の決定の対象となった者（その者と

同居する親族及び受任者を含む。以下「利用決定者」という。)は、在宅療養サービスを利用したときは、桶川市A Y A世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金交付申請書兼請求書(様式第4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) 在宅療養サービスを提供する事業者が発行する領収書の写し
- (2) 在宅療養サービスの利用日時、内容、利用回数、金額等が記載された明細書の写し
- (3) 申請する者及び利用決定者の本人確認書類の写し
- (4) 振込口座を確認できるものの写し
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の規定による請求は、在宅療養サービスを利用した日の属する年度の末日までに行わなければならない。

3 市長は、第1項の規定による請求があったときは、速やかに内容を審査して交付の可否を決定し、桶川市A Y A世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金交付(不交付)決定通知書(様式第5号)により当該請求をした者に通知するとともに、交付することを決定した場合には、指定した振込口座に助成金を振り込むものとする。

(変更又は中止の届出)

第11条 利用決定者は、次の各号のいずれかに該当するときは、桶川市A Y A世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用変更(中止)申請書(様式第6号)により、速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

- (1) 第6条第1項の規定により申請した内容に変更が生じたとき。
- (2) 在宅療養サービスを利用する必要がなくなったとき。
- (3) 第3条各号に掲げる要件に該当しなくなったとき。

(変更又は中止の決定及び通知)

第12条 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審

査の上、変更又は中止の可否を決定し、桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用変更（中止）決定（不決定）通知書（様式第 7 号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

（利用の取消）

第 13 条 市長は、利用決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の利用の決定を取り消し、桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用取消通知書（様式第 8 号）により、当該利用決定者に通知するものとする。

（1）疾病の悪化等により在宅療養生活の継続が困難であると認められるとき。

（2）市長が助成金を交付することについて適当でないと認められたとき。

（不当利得の返還）

第 14 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、その者に対し、助成金の交付の決定を取り消し、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第 15 条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この告示は、公示の日から施行する。

2 令和 7 年 4 月 1 日から同年 6 月 30 日までの期間に在宅療養サービスを利用した者に係る第 6 条第 2 項本文に規定する申請の期限については、同項本文の規定にかかわらず、同年 8 月 31 日までとする。

別表第 1（第 4 条関係）

1	車椅子（付属品を含む。）
2	特殊寝台（付属品を含む。）
3	床ずれ防止用具
4	体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）
5	手すり（工事を伴わないものに限る。）
6	スロープ（工事を伴わないものに限る。）
7	歩行器
8	歩行補助杖
9	認知症老人徘徊感知機器
10	移動用リフト（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）
11	自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

別表第 2（第 4 条関係）

1	腰掛便座
2	入浴補助用具
3	自動排泄処理装置の交換可能部品
4	簡易浴槽
5	移動用リフトのつり具の部分
6	その他（法第 8 条第 1 3 項の厚生労働大臣が定めるもの）

様式第1号（第4条関係）

桶川市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金意見書

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名					
住所					
病名					
症状・注意事項等					
上記の者は、年 月 日時点でがん末期である（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ものに限る。）と判断できます。 桶川市長 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 印 （署名の場合は、押印を省略することができます。）					

様式第 2 号（第 6 条関係）

（表）

年 月 日

桶川市長

申請者 住所
氏名
電話番号
利用者との関係

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用
申請書

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業助成金の利用について、次のとおり申請します。なお、申請に当たり、桶川市が必要に応じて住民登録、他制度の利用状況、利用者の身体状況及び生活保護費の受給状況について関係機関に確認することに同意します。

利用者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	〒		
	電話番号			
利用開始予定日		年 月 日		
同等の助成金等の受給状況			☐ 受給中 ☐ 受給していない	
生活保護の受給			☐ 有 ☐ 無	
利用者は、在宅療養サービス利用終了時に甲が請求できない場合、民法第 6 5 3 条第 1 号の規定にかかわらず、受任者に桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業に係る助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。				
受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		利用者との関係	
	住所	〒		
	電話番号			
	上記委任の件について承諾しました。受任者			

【添付書類】

- ☐主治医意見書又は桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業意見書
☐申請者と利用者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）の写し

(裏)

現時点において、利用したい在宅療養サービスの番号に○印をつけてください。

在宅療養サービスの内容

1 訪問介護

身体介護

生活援助

通院等乗降介助

2 訪問入浴介護

3 福祉用具の貸与

車椅子（付属品を含む。）

特殊寝台（付属品を含む。）

床ずれ防止用具

体位変換器（起き上がり補助装置を含む。）

手すり（工事を伴わないものに限る。）

スロープ（工事を伴わないものに限る。）

歩行器

歩行補助杖

認知症老人徘徊感知機器

移動用リフト（つり具の部分を除き、階段移動用リフトを含む。）

自動排泄処理装置（レシーバー、チューブ、タンク等を除く。）

4 福祉用具の購入

腰掛便座

入浴補助用具

自動排泄処理装置の交換可能部品

簡易浴槽

移動用リフトのつり具の部分

その他（法第8条第13項の厚生労働大臣が定めるもの。）

※ 現に他の公的な制度を利用している場合は、助成金を交付できません。

第 号
年 月 日

様

桶川市長



桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利
用決定（不決定）通知書

年 月 日付けで申請があった桶川市 A Y A 世代がん患
者ターミナルケア在宅療養支援事業助成金の利用について、次のとおり決
定したので通知します。

1 利用を決定します。

利用決定者氏名	
助成対象期間	年 月以降

2 不決定とします。

理由	
----	--

様式第4号（第9条関係）

年 月 日

桶川市長

申請者 住所
氏名
電話番号

桶川市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金交付申請書兼請求書

桶川市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業助成金（ 年 月～ 年 月）の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

1 利用決定者

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			

2 請求額 金 円

3 振込先

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号						
		普通 当座							
フリガナ									
口座名義									

【添付書類】

- ☐ 助成金の対象となる在宅療養サービスの領収書の写し
- ☐ 利用した在宅療養サービスの明細書（利用日時、内容、利用回数、金額等が分かるもの）
- ☐ 申請者と利用決定者の本人確認書類（マイナンバーカードなど）の写し
- ☐ 通帳の写し（振込先の内容が分かるもの）

【申請額内訳】

1 訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸サービス利用料

利用月	区分	利用料	申請額 上限 72,000 円
年 月分	訪問看護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具の貸与	円	
	計	円	
年 月分	訪問看護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具の貸与	円	
	計	円	
年 月分	訪問看護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具の貸与	円	
	計	円	
合計			円【A】

各月の利用料の計に 0.9 を乗じて、千円未満を切り捨てた金額（1 月当たり上限額 7 万 2 千円）を申請額欄に記入してください。生活保護受給者は、上限額以内の利用料の自己負担額は 0 円となります。

2 福祉用具の購入費用

購入品目	購入額	申請額 上限 90,000 円
		円
		円
		円
合計		円【B】

購入額の計に 0.9 を乗じて、千円未満を切り捨てた金額（上限額 9 万円）を申請額欄に記入してください。生活保護受給者は、上限額以内の購入額の自己負担額は 0 円となります。

3 主治医意見書作成費 _____ 円（上限額 5,000 円）【C】

【A】、【B】及び【C】の合計額を表面の「2 請求額欄」に記入してください。

様式第 5 号（第 1 0 条関係）

第 号
年 月 日

様

桶川市長



桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業助成
金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付で申請のあった桶川市 A Y A 世代がん患
者ターミナルケア在宅療養助成金について、次のとおり交付（不交付）を
決定したので通知します。

1 利用決定者氏名

2 交付します。

交付決定額 金 円

3 不交付とします。

（理由）

様式第 6 号（第 1 1 条関係）

年 月 日

桶川市長

申請者 住所
氏名
電話番号
利用者との続柄

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用
変更（中止）申請書

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金の利用変
更（中止）について、次のとおり申請します。

- 1 利用決定者氏名
- 2 区分 ☐ 変更
☐ 中止（理由 ）

3 変更内容（変更の場合、変更箇所のみ記入ください。）

利用者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒 電話番号（ ）		
生活保護の受給		☐ 有 ☐ 無		
利用者は、民法（明治 2 9 年法律第 8 9 号）第 6 5 3 条第 1 号の規定にかかわらず、受任者に桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業助成事業にかかる一切の権限を委任します。				
受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	利用者との続柄	
電話番号（ ）				
上記委任の件について、承諾しました。 受任者				

様式第 7 号（第 1 2 条関係）

第 号
年 月 日

様

桶川市長 印

桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用
変更（中止）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養支援事業助成金の利用変更（中止）について、次のとおり決定したので通知します。

1 変更を決定します。

変更箇所	変更前	変更後

2 中止を決定します。

3 不決定とします。

理由	
----	--

様式第 8 号（第 1 3 条関係）

第 号
年 月 日

様

桶川市長



桶川市 A Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金利用
取消通知書

年 月 日付けで 第 号で利用決定をした桶川市 A
Y A 世代がん患者ターミナルケア在宅療養助成金について、次の理由によ
り、利用の取消しをすることとしましたので通知します。

（理由）