

がん在宅介護支援事業実施要綱

平成28年1月21日 保健福祉局長決定

(目的)

第1条 この要綱は、自宅での生活を希望するがん（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。）（以下「がん」という。）患者に対して、現行の介護保険制度では対応が困難な福祉用具の貸与や訪問介護等の介護保険制度上の在宅サービスについて費用負担の一部を助成することにより、がん患者を抱える家族の在宅介護を支援することを目的とする。

(事業の内容)

第2条 認定申請後、認定調査前に急に死亡したがん患者を対象として、介護保険制度上の在宅サービスを利用した際の費用についてその一部を助成する。

2 前項の助成が行われる場合において、暫定ケアプランの作成等の介護（予防）支援を行った介護支援専門員が従事する居宅介護支援事業所その他の事業所に対して、介護（予防）支援費を交付する。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、新規に要介護・要支援認定申請後、認定調査前に死亡したため認定に至らず、介護保険の対象とならなかった40歳以上のがん患者（以下「対象者」という）とする。

2 以下に該当する場合はこの事業の対象とはならない。

- (1) 認定調査後に死亡した場合
- (2) 第8条第1項(2)の書類により、がんによる死亡が認められない場合
- (3) 施設や病院に入所、入院している場合（住所地特例の有無に関わらない）

(対象となる介護サービス)

第4条 この事業の対象となるサービスは、介護保険制度における以下の在宅サービスとする。

(1) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第41条に規定する「指定居宅サービス事業者」により行われる「指定居宅サービス」のうち、以下に該当するもの。

①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護、④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導、⑥福祉用具貸与

(2) 法第53条に規定する「指定介護予防サービス事業者」により行われる「指定介護予防サービス」のうち、以下に該当するもの。

①介護予防訪問入浴介護、②介護予防訪問看護、③介護予防訪問リハビリテーション、④介護予防居宅療養管理指導、⑤介護予防福祉用具貸与

(3) 法第115条の45の3に規定する「指定事業者」により行われる「第一号訪問事業」として神戸市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第1号アに規定される事業のうち、以下に該当するもの。

①介護予防訪問サービス、②生活支援訪問サービス

(4) 法第42条の2に規定する「指定地域密着型サービス事業者」より行われる「指定地域密着型サービス」のうち、以下に該当するもの。

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護、②複合型サービス、③夜間対応型訪問介護、④小規模多機能型居宅介護

(5) 法第54条の2に規定する「指定地域密着型介護予防サービス事業者」より行われる「指定地域密着型介護予防サービス」のうち、以下に該当するもの。

介護予防小規模多機能型居宅介護

(6) 法第44条に規定する「特定福祉用具販売に係る指定居宅サービス事業者」から販売される特定福祉用具の購入

(7) 法第56条に規定する「特定介護予防福祉用具販売に係る指定介護予防サービス事業者」から販売される特定介護予防福祉用具の購入

(対象経費)

第5条 この事業の対象となる経費については、次の各号に掲げるものとする。

(1) 第3条に規定する対象者が死亡するまでの間、介護支援専門員が作成した暫定ケアプランに基づき第4条各号に規定する介護サービスを利用した際に対象者の家族等が負担した費用。

(2) 前号の介護サービス利用にあたって、法第46条に規定する「指定居宅介護支援事業者」が居宅介護支援に要した費用、又は法第58条に規定する「指定介護予防支援事業者」が介護予防支援に要した費用。

(補助金)

第6条 補助金の額については予算の範囲内で次に掲げる額を限度とし、第7条の申請に基づき以下のとおり交付するものとする。

(1) 前条第1号に規定する費用の7割から9割分を対象者の家族等に対して交付する。ただし、1円未満の端数は切り捨てる。

(2) 前号の交付が行われる場合において、前条第2号に規定する費用について、介護（予防）支援費として1件あたり2,000円を介護（予防）支援を行った介護（予防）支援事業者に対して交付する。

(補助金の申請者)

第7条 この要綱に基づく補助金の交付の申請者は、第5条第1号の費用を負担した家族等及び第5条第2号の介護(予防)支援を行った介護（予防）支援事業者とする。

2 前項の第5条(1)の費用を負担した家族等とは、現に対象者が利用した介護サービスに係る費用を支払った者とする。ただし、対象者が費用を支払った場合においては、対象者の相続人とする。

(補助金の申請)

第8条 前条の申請者は、申請に当たり第1号から第4号までの全ての書類を市長に提出しなければならない。ただし、申請者が前条第2項の相続人である場合は、必要に応じて第5号を、過去に要介護認定を受けていた場合には第6号を加えて提出しなければならない。

- (1) 補助金交付申請書（様式第1号）
- (2) 死亡した理由ががんであることが確認できる書類（様式第2号）
- (3) 暫定ケアプラン
- (4) 介護サービスに要した費用の領収書
- (5) 戸籍謄本等
- (6) 過去に交付を受けていた介護保険負担割合証等

2 前項第2号又は第5号に規定する書類を取得するために要する費用は、自己負担とする。

（申請の有効期間）

第9条 前条に規定する補助金の申請は、平成27年4月1日以降に提供された第4条に定める介護サービスについて行うことができる。

2 前条第1項第4号に規定する領収書の記載日から2年を経過した場合は、前条に規定する補助金の申請を行うことはできない。

（補助金交付の決定）

第10条 市長は、第6条による補助金の交付決定を行うときは、次に掲げる書類により申請後1か月以内に申請者に通知するものとする。

- (1) 補助金交付決定通知書（様式第3号）
- (2) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、補助金の交付が不相当である旨の通知を行うときは、次に掲げる書類をもって申請者に通知するものとする。

- (1) 補助金不交付決定通知書（様式第4号）
- (2) その他市長が必要と認める書類

（補助金の請求）

第11条 申請者は、補助金の交付を受けようとするときは、前条第1項の交付決定通知の受領後、速やかに補助金請求書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

2 前項の請求があったときは、市長は速やかに補助金を申請者に支払うものとする。

（補助金交付決定の取消し）

第12条 市長は、第9条による補助金の交付決定の全部又は一部を取消したときは、速やかに、その旨を補助金交付決定取消通知書（様式第6号）により申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により補助金等の交付を取消した場合において、既に補助金を交付しているときは、期限を定めて補助金を返還させるものとする。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関して必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成 28 年 1 月 21 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 29 年 6 月 1 日より施行し、平成 29 年 4 月 1 日より適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 4 年 5 月 16 日から施行し、令和 4 年 4 月 1 日より適用する。

がん在宅介護支援事業 補助金交付申請書

年 月 日

神戸市長 宛

1にかかる申請者（対象者の家族等）

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

2にかかる申請者（介護（予防）支援事業者）

住 所 _____

名 称 _____

代表者名 _____

電話番号 _____

以下のとおり、補助金の交付を申請します。

記

1. 在宅サービスを利用した際の費用の一部助成（第6条第1号）

(1) 対象者（サービスを利用した被保険者）

(ふりがな) 氏 名		被保険者番 号	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所			
死 亡 日	年 月 日	認定申請日	年 月 日

(2) 利用したサービス、費用及び補助金算定について

利 用 日	利用した介護サービス	サービスに要した費用① (領収書記載金額)	補助金算定② (=①×9/10※) (1円未満端数切り捨て)

※一定所得以上は8/10または7/10

(3) 補助金請求金額（上記（2）②の合計額）

_____ 円

※暫定ケアプランを作成した介護支援専門員
(ケアマネジャー)に確認のうえご記入下さい

(4) 相続人記載欄 (対象者が費用の支払いを完了していた場合に申請者が記入)

私は、(1) 対象者の相続人であり、私より先順位の相続人はいません。 また、本件について、他の相続人から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、貴市には一切のご迷惑をおかけしないことを確約します。			
年 月 日			
確約者 (相続人)	氏 名		
	住 所		
	電話番号		
	(1)対象者との続柄		

2. 介護(予防)支援費の支給(第6条第2号)

(1) 介護(予防)支援を行った介護(予防)支援事業者

(ふりがな) 名 称	
(ふりがな) 代表者名	
住 所	
電話番号	

(2) 補助金請求金額(介護(予防)支援費)

2, 0 0 0 円

※添付資料

- ①死亡した理由ががん(医師が一般に認められ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。)であることが確認できる書類(文書料等費用自己負担)
- ②暫定ケアプラン
- ③介護サービスに要した費用の領収書
- ④戸籍謄本等(文書料等費用自己負担)

- ア. 確約者(相続人)と被保険者が住民票上、別世帯の場合、確約者(相続人)と対象者の関係が分かるもの(戸籍謄本の全ページの写し等)を添付してください。
- イ. 確約者(相続人)と被保険者が住民票上、同一世帯である場合、以下の同意をいただければ、戸籍謄本の写し等は不要です。(相続関係が確認できる方に限る)

(上記イ. に該当する方のみ、ご記入ください)

上記対象者と私の関係について、神戸市が住民票により確認することに同意します。

住所：1. (1) 対象者と同じ

氏名： _____

年 月 日

(確認書類) 確約者(相続人)の運転免許証等(顔写真入りの身分証明証であり、郵送の場合は写しを添付)

意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
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、がん（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。）だと判断できる。</p> <p>神戸市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 _____</p>			

補助金交付決定通知書

(公 印 省 略)

福介第 号-1

年 月 日

様

神 戸 市 長

年 月 日付で申請のあった下記事業については、次のとおり交付することに決定したので通知します。

記

1. 在宅サービスを利用した際の費用の一部助成 (第6条第1号)

補助事業の名称	がん在宅介護支援事業
補助金額	円
交付の条件	申請内容等に変更等が生じた場合は、すみやかに市長に報告するとともに必要な手続きを行うこと。

補助金交付決定通知書

(公 印 省 略)

福介第 号-2

年 月 日

様

神 戸 市 長

年 月 日付で申請のあった下記事業については、次のとおり交付することに決定したので通知します。

記

2. 介護（予防）支援費の支給（第6条第2号）

補助事業の名称	がん在宅介護支援事業
補助金額	2,000 円
交付の条件	申請内容等に変更等が生じた場合は、すみやかに市長に報告するとともに必要な手続きを行うこと。

補助金不交付決定通知書

（公印省略）

福介第 号

年 月 日

様

様

神戸市長

年 月 日付で申請のあった事業については、下記の理由により不交付とすることに決定したので通知します。

記

1 不交付とした理由

補助金請求書 (対象者の家族等)

請求金額	円
補助事業の名称	がん在宅介護支援事業

上記のとおり、補助金を交付されたく請求します。

年 月 日

神戸市長 宛

請求者 (対象者の家族等)

〒

住 所

氏 名

電話番号

下記の口座へ振込をお願いします。

銀行名	本・支店名				預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号						
口座名義 (カナ)						
31字以上省略						

※請求者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。

補助金請求書 (介護(予防)支援事業者)

請求金額	2,000 円
補助事業の名称	がん在宅介護支援事業

上記のとおり、補助金を交付されたく請求します。

年 月 日

神戸市長宛

請求者 (介護(予防)支援事業者)

〒

住所

名称

代表者名

電話番号

下記の口座へ振込をお願いします。

銀行名	本・支店名						預金種目	2. 普通 2. 当座 3. その他 ()												
口座番号																				
口座名義 (カナ)																				
31字以上省略																				

※請求者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。

補助金交付決定取消通知書

（公印省略）

福介第 号

年 月 日

様

様

神戸市長

年 月 日付で交付決定した下記事業については、次のとおり交付決定を取消したので通知します。

記

補助事業等の名称	がん在宅介護支援事業
補助金額	円
取消しの理由	