

## 川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、若年がん患者や寝たきり状態にある者が、住み慣れた自宅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、在宅介護サービスを利用するために必要となる費用の一部を助成することによって、患者及びその家族の負担軽減を図ることを目的として実施する。

### (対象者)

第2条 川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業（以下「支援事業」という。）の対象者は、若年がん患者及び寝たきり状態にある者とする。

2 「若年がん患者」とは、次の各項のすべてに該当する者をいう。

- (1) 本市に在住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により住民基本台帳に記録されている者（支援事業の対象疾病による療養を目的として市外に在住する者を含む。）
- (2) 20歳以上40歳未満の者（小児慢性特定疾病医療給付制度の対象でない18歳以上の者を含む。）
- (3) がん患者（医師が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したものに限る。）
- (4) 在宅介護サービスを利用する者
- (5) 他の制度において同等の助成または給付を受けることができない者

3 「寝たきり状態にある者」とは、次の各項のすべてに該当する者をいう。

- (1) 本市に在住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により住民基本台帳に記録されている者（支援事業の対象疾病による療養を目的として市外に在住する者を含む。）
- (2) 20歳以上65歳未満の者
- (3) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）において、寝たきり（ランク C、B2）相当に該当すると医師が判断した者
- (4) 寝たきりの状態と原疾患に因果関係があると医師が判断した者
- (5) 寝たきりの期間が概ね6か月間以上継続することが見込まれると医師が判断した者
- (6) 在宅介護サービスを利用する者
- (7) 他の制度において同等の助成または給付を受けることができない者

### (助成対象経費)

第3条 助成の対象となる経費は、第2条に規定する対象者が在宅で生活するために必要とする、次の各号のいずれかに該当するサービス（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）に基づき都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の長が指定した事業者が提供するサービスに限る）を利用する経費であって、市長が必要かつ適当と認め

るものとする。

(1) 法第8条第2項の訪問介護に相当するサービス（これに類するサービスとして市長が  
適当と認めるものを含む。次号及び第3号において同じ。）

(2) 法第8条第3項の訪問入浴介護に相当するサービス

(3) 法第8条第12項の福祉用具の借受け又は第13項の購入に相当するサービス

2 ただし、他の事業において、前項に規定するサービスと同様のサービスを受けている場合、当該サービスに係る経費は助成対象外とする。

(助成対象期間)

第4条 若年がん患者の助成対象となる期間は、申請のあった日から第2条第2項の状態が継続している期間とする。

2 寝たきり状態にある者の助成対象となる期間は、申請のあった日から6か月間とする。

3 前項に規定する期間が満了し、なお引き続き第2条第3項に規定する状態にある場合は、6か月間を超えない範囲において、1回に限り更新することができる。

(支援事業の利用の申請)

第5条 支援事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）及び川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書（第2号様式又は第3号様式。以下「意見書」という。）を市長に提出しなければならない。ただし、意見書は、やむを得ない場合には、申請書の提出日より後に提出することができるものとする。

2 申請者は、申請書内で支援事業に係る手続きを民法第643条に基づき委任することができ、受任者は同法第653条第1号の規定に関わらず、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されているものとする。

(医師の意見の聴取)

第6条 市長は、必要と認める場合には、申請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。

(決定及び通知)

第7条 市長は、申請書を受理したときは、速やかに利用の可否を決定し、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用決定（却下）通知書（第4号様式）により、申請者に通知するものとする。

(変更又は中止の届出義務)

第8条 前条第1項の規定により支援事業の利用が決定した者（以下「利用決定者」という。）は、本事業の利用期間中において次の各号のいずれかに該当したときは、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用変更（中止）申請書（第5号様式。以下「変更（中止）申請書」という。）により、速やかに市長に届け出なければならない。

(1) 住所変更等申請内容に変更が生じたとき

(2) 支援事業を利用する必要がなくなったとき

(3) 第2条の各号に定める助成対象者に該当しなくなったとき  
(変更決定及び変更通知)

第9条 市長は、前条の規定による変更(中止)申請書を受理したときは、速やかに変更の可否を決定し、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用変更決定(却下)通知書(第6号様式)により、利用決定者に通知するものとする。  
(更新の申請)

第10条 利用決定者が第4条第3項の規定による更新を受けようとする場合は、決定を受けた助成対象期間満了日から起算して2か月前までの間において、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用更新申請書(第7号様式。以下「更新申請書」という。)及び更新申請に係る意見書(第3号様式)により、市長に申請するものとする。  
(更新決定及び更新通知)

第11条 市長は、前条の規定による更新申請書を受理したときは、速やかに更新の可否を決定し、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用更新決定(却下)通知書(第8号様式)により、利用決定者に通知するものとする。  
(サービス等提供事業者への依頼)

第12条 事業者へのサービス提供の依頼は、申請者自身が行うものとする。  
(助成金の額)

第13条 若年がん患者の助成金の額は、利用決定者が利用した対象経費に10分の9を乗じて得た額(1円未満の端数が生じたときにはこれを切り捨てるものとする。)とし、利用者一人につき、ひと月当たり5万4千円を限度とする。

2 寝たきり状態にある者の助成金の額は、利用決定者が利用した対象経費に10分の5を乗じて得た額(1円未満の端数が生じたときにはこれを切り捨てるものとする。)とし、利用者一人につき、ひと月当たり3万円を限度とする。  
(助成金の請求)

第14条 利用決定者及び第5条第2項に基づく受任者は、月ごとに川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業交付申請書兼交付請求書(第9号様式)に、第3条に規定する助成対象経費であることを証明する書類を添付して、助成金を市長に請求するものとする。ただし、請求は一定期間分をまとめて行うことができるものとし、サービス利用最終日から半年以内に請求するものとする。

2 死亡時に第5条第2項に基づく受任者が指定されていない場合は、助成対象者が死亡した時点をもって支援事業に係る請求は行えないものとする。  
(助成金の交付)

第15条 市長は、前条に定める請求があったときは、内容を審査し、適当と認められる場合に、助成金を交付するものとする。  
(職権による取消又は中止及び返還)

第16条 市長は、助成対象期間中、利用決定者が次の各号のいずれかに該当することとな

った場合は、利用を取消し、又は中止することができる。

- (1) 疾病等により在宅療養の継続が困難であると認めたとき。
- (2) 虚偽の申込、申請その他不正な手段により、助成金の交付を受けたとき。
- (3) 市長が支援事業を利用することについて適当でないと認めたとき。

2 市長は、前項の取消又は中止をしたときは、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用取消（中止）通知書兼返還請求書（第10号様式）により、利用決定者に通知し、その者に対し、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17条 この要綱に定めるもののほか、支援事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年6月14日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所

氏名 印

（以下の委任を行う場合は要押印）

助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

支援事業の利用決定に当たり、川崎市が必要な範囲内において、官公署、医療機関、その他関係機関に対し資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。また、本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について川崎市が調査することに同意します。

申請者 (助成対象者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			( 歳)
	住 所		電話番号	
公的制度 利用状況	障害者手帳（有・無） →有の場合（種別：身体・療育・精神）（等級： ） →身体の場合（障害名： ） 介護保険サービス（有・無） 小児慢性特定疾病（有・無） <small>※他の制度において、同等の補助又は給付を受けることができない方が対象</small>			
該当する対象	<input type="checkbox"/> 若年がん患者で、在宅介護サービスを利用している方 <input type="checkbox"/> 末期がん患者以外で、寝たきりとなり在宅介護サービスを利用している方			
利用予定の 介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の借受け又は購入に相当するサービス			

サービス終了後に請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

助成金代理人	代理人氏名	印	利用者との続柄	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号

第2号様式（第5条関係）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書

**【若年がん患者で、在宅介護サービスを利用している方】**

ふりがな		生年	
氏名		月日	年 月 日生
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（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受けている状態と同等）だと判断できる。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 医師名</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印ください。</p>			

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書

【末期がん患者以外で、寝たきりとなり在宅介護サービスを利用している方】

ふりがな		生年	
氏名		月日	年 月 日生
住所			
病名			
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ※裏面参照	<input type="checkbox"/> 寝たきりランク C または B2 に該当する <input type="checkbox"/> 上記に該当しない		
寝たきりの状態と原疾患の因果関係	<input type="checkbox"/> 因果関係が認められる <input type="checkbox"/> 上記に該当しない		
寝たきりの状態の期間	<input type="checkbox"/> 概ね6か月間程度継続することが予測される <input type="checkbox"/> 上記に該当しない		
注意事項等			
<p>上記の者は、障害高齢者の日常生活自立度におけるランクCまたはB2であり、その状態に至った経過については原疾患と直接的な因果関係が認められ、概ね6か月程度その状態が継続する者だと判断できる。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 医師名</p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印ください。</p>			

○障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）○

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 公共機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自立では寝返もうてない

いずれかに該当する者 ←

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用決定（却下）通知書

川崎市指令健地推第 号  
年 月 日

申請者（助成対象者）住所  
氏名

川崎市長

年 月 日付で申請がありました、川崎市在宅療養患者介護サービス  
利用支援事業利用申請について、次のとおり決定したので通知します。

- 1 決定内容 決定 却下
- 2 助成金額 若年がん患者  
サービス利用額に10分の9を乗じて得た額  
(上限額はひと月当たり5万4千円)  
寝たきり状態にある者  
サービス利用額に10分の5を乗じて得た額  
(上限額はひと月当たり3万円)
- 3 助成期間 若年がん患者  
年 月 日 ~ 第2項第2条の状態が継続している期間  
寝たきり状態にある者  
年 月 日 ~ 年 月末日
- 4 却下の理由

第5号様式（第8条関係）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所

氏名 印

（以下の委任を行う場合は要押印）

電話番号

年 月 日付けで利用決定を受けた川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業について、次のとおり申請内容に変更が生じたので、申請します。

1 変更区分（ 中止 ・ 変更 ）

※変更の場合は2もご記入ください。

2 変更内容（変更箇所のみ記載してください）

申請者 (助成対象者)	ふりがな			
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話 )		
公的制度 受給状況	障害者手帳	有	・	無
	介護保険サービス	有	・	無
	小児慢性特定疾病医療費助成	有	・	無
助成金 代理人	申請の際に委任していた受任者を報告していたが、下記のとおり受任者を変更します。 サービス終了後に請求できない場合、民法 653 条第 1 号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。			
	上記委任の件について、承諾しました。			
	代理人 氏名		印	利用者との 続柄
	生年月日	年	月	日 ( 歳 )
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (電話 )		
その他				

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用変更決定（却下）通知書

川崎市指令健地推第 号  
年 月 日

申請者（助成対象者）住所  
氏名

川崎市長

年 月 日付で申請がありました、川崎市在宅療養患者介護サービス  
利用支援事業利用変更申請について、次のとおり決定したので通知します。

- 1 決 定 内 容 決定 却下
- 2 変更内容・却下の理由

第7号様式（第10条関係）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用更新申請書

年 月 日

川崎市長

申請者（助成対象者） 住所

氏名 印

（以下の委任を行う場合は要押印）

年 月 日付けで利用決定を受けた川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業について、更新を希望するため、次のとおり申請します。

川崎市が必要な範囲内において、官公署、医療機関、その他関係機関に対し資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。また、本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について川崎市が調査することに同意します。

申請者 (助成対象者)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日 ( 歳)
	住所	( 電話 )	
公的制度 受給状況	障害者手帳（有 ・ 無 ） →有の場合（種別：身体 ・ 療育 ・ 精神 ）（等級： ） →身体の場合（障害名： 介護保険サービス（有 ・ 無 ） 小児慢性特定疾病医療費助成（有 ・ 無 ） ※他の制度において、同等の補助又は給付を受けることができない方が対象		
該当する対象	<input type="checkbox"/> 末期がん患者以外で、寝たきりとなり在宅介護サービスを利用している方 ※更新に当たり、再度意見書（第3号様式）の提出が必要です。		
利用予定の 介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護に相当するサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の借受け又は購入に相当するサービス		

サービス終了後に請求できない場合、民法第653条第1号の規定にかかわらず、代理人に本事業にかかる助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

助成金 代理人	代理人氏名	印	利用者との続柄
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号

【添付書類】

- 川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業に係る意見書（第3号様式）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用更新決定 (却下) 通知書

川崎市指令健地推第 号  
年 月 日

申請者 (助成対象者) 住所  
氏名

川崎市長

年 月 日付で申請がありました、川崎市在宅療養患者介護サービス  
利用支援事業利用更新申請について、次のとおり決定したので通知します。

- 1 決定内容 決定 却下
- 2 助成金額 サービス利用額に 10 分の 5 を乗じて得た額  
(上限額はひと月当たり 3 万円)
- 3 助成期間 年 月 日 ~ 年 月末日
- 4 却下の理由

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業交付申請書兼交付請求書

年 月 日

川崎市長

申請者 住所

氏名

印

電話番号

(代理人の場合は対象者との関係)

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業助成金について下記のとおり交付申請、実績報告及び請求します。

( 年 月分)

1 利用者氏名 \_\_\_\_\_

2 合計金額 金 \_\_\_\_\_ 円

※対象サービスの利用にあたり、支払った対象経費の合計金額ご記載ください

3 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

※請求金額は、合計金額のうち助成率をかけたものと助成上限額の低い方の額をご記載ください  
(1円未満切り捨て)

※助成率は、末期がん患者は9/10、末期がん患者以外の方は5/10となります  
また、助成上限額は、対象者①は54,000円、対象者②は30,000円となります

4 振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店				
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号				
	(ふりがな) 口座名義人						

※振込先は、利用者または利用申請時に指定した請求代理人の口座をご記入ください。

【添付書類】

領収書（原本）

利用サービスに関する明細書または請求書（サービスの内容、利用回数、金額等の記載されたもの）

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業利用取消（中止）通知書兼返還請求書

川崎市指令健地推第 号  
年 月 日

取消（中止）対象者 住所  
氏名

川崎市長

年 月 日付け川崎市指令健地推第 号で利用決定しました川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業について、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業実施要綱第 16 条の規定により、次のとおり取り消したので通知します。

なお、すでに助成金が交付されている場合は、川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業実施要綱第 16 条の規定により、返還を請求します。

- 1 決定内容 取消 中止
- 2 取消（中止）理由
- 3 取消金額 円
- 4 返還方法
- 5 返還期限