

第1号様式（表面）（第5条関係）

年 月 日

京都市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
(電話番号)

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業の利用について、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第5条の規定により必要書類を添えて申請します。

なお、申請にあたっては次のとおりです。(□にチェック☑をしてください。)

- ☐ この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や生活保護制度等の利用状況について京都市が閲覧・照会することに同意します。
- ☐ 医師に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 対象サービスを提供する指定事業者に内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請に係る対象経費は、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ 申請にあたっては京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱の内容を遵守します。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
対象者 氏名 (甲)					
住所	☐ 申請者と同じ TEL ()		申請者との 関係		
生活保護の受給 (○を付けてください。)			有 ・ 無		
甲は、民法第653条第1号の規定に関わらず、乙に京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る一切の事務を委任します。 ※ 受任者を指定いただくことで、助成対象者本人が手続きを行うことが困難な場合も、受任者が代理として請求等の事務を行うことができます。					
受任者 (乙)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	☐ 申請者と同じ TEL ()		対象者との 関係	
上記委任の件について、承諾しました。 受任者 (自署) _____					

【添付書類】

- ☐ 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証 (両面)、マイナンバーカード、住民票の写しなど)
- ☐ 京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書 (第2号様式)
- ※ 法定代理人が申請する場合は、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示 (郵送申請の場合には、写しを添付) が必要です。

第1号様式（裏面）（第5条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

	該当するサービス内容に○印をつけてください。 1 訪問介護 (1) 身体介護に関すること ① 身体の清潔の保持等の援助 ② その他必要な身体の介護 (2) 生活援助に関すること ① 調理 ② 生活必需品の買い物 ③ 衣類の洗濯、補修 ④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事 (3) 通院等乗降介助に関すること ① 通院、交通や公共機関の利用等の援助 ② その他 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与（下記ア～サで該当するものに○をつけてください） 4 福祉用具購入（下記シ～トで該当するものに○をつけてください）
利用予定 事業所 (申請時点)	1 訪問介護 [] 2 訪問入浴介護 [] 3 福祉用具貸与 [] 4 福祉用具購入 []
利用開始 (予定) 日	年 月 日

福祉用具貸与

- ア 車いす（付属品含む）
- イ 特殊寝台（付属品含む）
- ウ 床ずれ防止用具
- エ 体位変換器
- オ 手すり（工事を伴わないもの）
- カ スロープ（工事を伴わないもの）
- キ 歩行器
- ク 歩行補助つえ
- ケ 認知症老人徘徊感知機器
- コ 移動用リフト（つり具の部分を除く）
- サ 自動排泄処理装置

福祉用具購入

- シ 腰掛便座
- ス 自動排泄処理装置の交換可能部品
- セ 排泄予測支援機器
- ソ 入浴補助用具
- タ 簡易浴槽
- チ 移動用リフトのつり具の部分
- ツ スロープ
- テ 歩行器
- ト 歩行補助つえ

第2号様式（第5条関係）

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名			
住所			
病名			
特記事項			
上記の者は、一般的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る状態と同等）と判断できる。 （判断年月日： _____ 年 月 日） 京都市長 あて _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 医 師 名 _____ 印 （自署の場合は押印不要）			

第3号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

京 都 市 長

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用承認通知書

年 月 日付けで申請のありました京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用については、審査の結果、次のとおり利用することを承認したので通知します。

利用者氏名	
利用開始日	

第4号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

京 都 市 長

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用については、審査の結果、不承認としましたので通知します。

教示

- 1 この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して3箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。

年 月 日

京都市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用変更届

年 月 日付で承認を受けた、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成の利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じたので、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第8条の規定に基づき届け出ます。

記

1 利用者氏名 _____

2 変更内容(変更がある□にチェック☑し、変更事項のみ記載してください)

□ 申請者	ふりがな			
	申請者 氏名			
	住所	TEL ()		
□ 対象者	ふりがな		申請者との 関係	
	対象者 氏名			
	住所	TEL ()		
	生活保護の受給（○を付けてください。）		有 ・ 無	
□ 受任者	氏名	対象者との 関係		
	住所	TEL ()		
	上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）			

第 号
年 月 日

様

京 都 市 長

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用廃止（取消）通知書

年 月 日付けで申請があり、年 月 日付けで承認した京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用については、次の理由により廃止（取消）することとしましたので通知します。

1 利用者氏名、廃止（取消）日

利用者氏名	
廃止（取消）日	

2 廃止（取消）とした理由

教示

- 1 この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して3箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。

第7号様式（第10条関係）

年 月 日

京都市長 様

請求者 住 所
氏 名
(電話番号)

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業助成金交付請求書

年 月 日付けで利用決定を受けた京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る利用について、助成金の交付を受けたいので、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業要綱第10条の規定により、必要書類を添えて報告（請求）します。

なお、本請求に係る対象経費はその他の制度における助成は受けていません。

1 請求金額 金 円 (年 月 ～ 年 月分)

※ 請求金額は、第7号様式（別紙）サービス利用一覧の請求額を記入してください。

※ 複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとにサービス利用一覧を作成し、請求金額は、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

2 利用者 氏名

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 ()		支店名				
預金種別	1 : 普通 2 : 当座 3 : 貯蓄						
口座番号 (右づめでお願いします)							
フリガナ							
口座名義人							

※ 請求者の名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるものの。原本に限る）
- ☐ 利用サービスに関する明細書（原本に限る）
- ☐ サービス利用一覧（第7号様式（別紙））
- ☐ 振込先が確認できるもの（写し）

第7号様式（別紙）（第10条関係）

サービス利用一覧（ 年 月分）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の貸与

利用日	利用したサービス	金額
小計【A】		
助成対象費用【B】 【A】が 80,000 円以下ならば【A】の額を記入 【A】が 80,000 円を超える場合は、80,000 円と記入		
請求額【C】 【B】×0.9 の額を記入（1 円未満は切り捨て） ※ 生活保護世帯は【B】の額を記入		

2. 福祉用具の購入

購入日	購入した福祉用具	金額
小計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が 100,000 円以下ならば【D】の額を記入 【D】が 100,000 円を超える場合は、100,000 円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9 の額を記入（1 円未満は切り捨て） ※ 生活保護世帯は【E】の額を記入		

総合計額【請求書に記入する額】

【C】 + 【F】	
-----------	--

第 号
年 月 日

様

京 都 市 長

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業交付決定通知書

年 月 日付けで報告及び請求のありました京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成金について、次のとおり支給することを決定したので、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第11条の規定により通知します。

1 利用者 氏名

2 支給決定額 金 円（ 年 月分）

第 号
年 月 日

様

京 都 市 長

京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで報告及び請求のありました京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成金について、次のとおり支給しないことを決定したので、京都市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第11条の規定により通知します。

- 1 利用者 氏名
- 2 不支給とした理由

教示

- 1 この決定に不服があるときは、この通知を受け取られた日の翌日から起算して3箇月以内に、京都市長に対して審査請求をすることができます。ただし、当該期間内であっても、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 また、この通知を受け取られた日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6箇月以内に、京都市を被告として、京都地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます（訴訟において京都市を代表する者は、京都市長となります。）ただし、当該期間内であっても、この決定があった日（京都市長に審査請求をした場合は、当該審査請求に対する京都市長の裁決があった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することはできなくなります。