

# 生体ドナー支援プログラム (Living Donor Support Program) 予定補償請求ワークシート (Anticipated Reimbursement Request Worksheets)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Organ Donation and Transplant

これらのワークシートは任意のものであり、生体ドナーが臓器提供を行うプロセス全体を通して発生する可能性があります。補償が必要な費用を検討するためのツールとして使用することができます。補償の支払いは、該当する場合に、プログラムで定められた価格に基づき、必要な書類の提出とプログラムの承認後に行われます。生体ドナー1名につき、補償の上限額は14,000ドルです。実際の費用には差がある可能性があります。生体ドナーは、プログラム承認後に費用が発生しその確認が行われたあと、補償請求書を提出してください。

予定補償請求ワークシート (Anticipated Reimbursement Request Worksheets) を作成する際は、生体ドナーによる臓器提供プロセスにおける、各フェーズの内容とその期間を考慮することが重要となります。各フェーズの詳細は以下をご覧ください。

**評価：**はじめに、生体ドナーが手術前に移植センターを訪れ、摘出手術を受けるためのすべての要件を満たしていることを確認します。このプロセスにかかる期間は通常1~2日間です。

**手術と回復：**摘出手術を受けるために移植センターへ移動する時点から始まり、退院後の短い期間まで続きます。このフェーズの期間は、生体ドナーが臓器摘出手術を受けた後8週間が経過するまでです。

**経過観察：**経過観察やその他必要な事項について評価を受けるために、生体ドナーは移植センターが指定した時期に施設内での診察を受ける必要があります。このフェーズは、臓器摘出手術後9週間から12ヶ月までの期間です。

## 予定補償請求ワークシート：休業補償

生体ドナー支援プログラム（Living Donor Support Program）への申請時点では収入証明書は不要ですが、休業補償を請求する際に確認のために必要となります。

1. 生体ドナーによる臓器提供プロセスのどのフェーズで、生体ドナー支援プログラムに対して休業補償を請求する予定ですか？

評価

手術と回復

経過観察

**注意事項：**生体ドナー支援プログラムでは、医療提供者によって特別な事情があると判断された場合を除き、最大4週間分の休業補償を支給します。特別な事情が証明された場合、このプログラムは生体ドナーの休業補償を最大8週間分まで支給します。当プログラムの方針により、休業補償は評価フェーズでは最大2日間、経過観察フェーズでは診察1回につき1日分と定められています。休業補償をどのフェーズでどのように受け取るかについては、生体ドナーご自身で決定することができます。

2. 臓器提供によって、何時間、何日、あるいは何週間分の賃金が失われると予想されますか？

評価： \_\_\_\_\_ 時間／日

手術および退院後の回復期間： \_\_\_\_\_ 時間／日／週間

経過観察： \_\_\_\_\_ 時間／日

3. 過去1年間および過去1ヶ月間の総収入（税金や手数料などが差し引かれる前の金額）を記入してください。

1年間の収入： \$ \_\_\_\_\_

1か月の収入： \$ \_\_\_\_\_

4. 臓器の提供に関連して仕事を休む際に、有給休暇（paid time off, PTO）または病気休暇の積立分を使用する予定はありますか？

いいえ

はい 詳しく記入してください： \_\_\_\_\_

**注意事項：**生体ドナー支援プログラムでは、有給休暇（PTO）や病気休暇の残日数をすべて使い切る必要はありませんが、もし休暇を残したい場合は、雇用主との調整と承認が必要となります。雇用主が提供している生体ドナー向けの福利厚生制度について必ずご確認ください。

その他考慮すべき事項：

## 予定補償請求ワークシート：扶養家族介護費用

扶養家族介護費用の補償対象となるのは、障がいのあるお子さまを含む育児、扶養家族である成人の介護、高齢者の介護です。これらの費用は、生体ドナー支援プログラムの基準料金に基づき支払われます。

1. 生体ドナー支援プログラムによる、保育費用の補償が必要となると予想されるのはどのフェーズですか？これは、すでに利用している介護サービスではなく、生体ドナーが行う生体臓器提供プロセスによって追加的に必要となる以下の介護サービスのみが対象となります。

- 評価
- 手術と回復
- 経過観察

2. 生体ドナー支援プログラムによる、障がいのあるお子さま（0～17歳）、扶養家族である成人（18～64歳）、または高齢者（65歳以上）の介護費用の補償が必要になると予想されるのはどのフェーズですか？これは、すでに受けている介護ではなく、生体ドナーによる臓器提供が通常に行われるプロセスを通して追加的に必要となる介護のみを対象とします。

- 評価
- 手術と回復
- 経過観察

3. 代替介護の手配が必要となるお子さま、障がいのあるお子さま、扶養家族である成人、高齢者の方のお名前をすべて以下に記載してください。

名前	生体ドナーとの関係	年齢

その他考慮すべき事項：

## 予定補償請求ワークシート：旅費、介助者費用

米国一般調達局（U.S. General Services Administration, GSA）が定める、所在地および費用発生年度に基づいた基準価格が、交通費、宿泊費、食費を含む旅費の最大補償額を決定する際に適用されます。詳細については次をご覧ください。 [gsa.gov/travel](https://gsa.gov/travel)

### 予想される旅費

宿泊費の支給対象となるかどうかは、ドナーが移植センターからどのくらい離れた場所に住んでいるか（片道75マイル）と、ドナーが退院後にその距離を移動できると移植センターが判断するかどうかによって決まります。

**注意事項：**食事費用は、ドナーが宿泊を必要とする場合にのみ補償の対象となります。

旅費のうち、どの項目をどのフェーズで払い戻しを申請する予定であるかをご検討ください。

	評価	手術と回復	経過観察
ホテル			
食事			
交通費			

交通費の払い戻しを要請する場合は、いずれかのフェーズ、またはすべてのフェーズで利用を予定する交通手段を以下から選択してご記入ください。C = Car（自家用車）、A = Flying（飛行機）、B = Bus（バス）、T = Train（電車）

**その他の予想される旅費**（例：駐車料金、有料道路料金、タクシー、ライドシェアなど）：

**その他考慮すべき事項：**

### 同行する介助者

ニューヨーク州生体ドナー支援プログラムは、1回の移動につき、指定介助者1名の費用を負担します。介助者には、1日あたり100ドルの定額料金が最大20日間まで支給されます。

同行する介助者	代替の同行介助者
ファーストネーム：	ファーストネーム：
ラストネーム：	ラストネーム：
ドナーとの関係：	ドナーとの関係：

同行する介助者	代替の同行介助者
移動の目的：当てはまるものすべてにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 手術と回復 <input type="checkbox"/> 経過観察	移動の目的：当てはまるものすべてにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 手術と回復 <input type="checkbox"/> 経過観察

### 予定補償請求ワークシート：医療費

生体ドナーによる臓器提供の評価に直接関連する医療費、または摘出手術の結果として発生した、あるいは術後の経過観察に伴い発生した、未払いの医療費について気づいた場合、これらの費用を含めてください。これには、薬剤の自己負担金（コペイ）、診察料、検査費用、臓器移植プロセスに特有の医療機器の費用などが含まれます。

臓器提供に直接関連している予想される医療費	予想される費用
<b>臓器提供のための未払い・未償還の処方薬費用</b>	
<b>その他の未払い・未償還医療費（未払い・未償還の医療費の詳細について以下にご記入ください）</b>	
<b>合計費用：</b>	