

小児慢性特定疾病治療に要する交通費助成金給付申請書

令和 年 月 日

広島市長 様

〒 _____

申請者住所.....

申請者氏名.....

受診者との続柄

下記のとおり、小児慢性特定疾病の治療のために広島県外の指定医療機関を受診したので、交通費助成金の支給を申請します。

交付決定後は当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。

太枠内を記入してください。

| | | | | | | |
|---|----------------|--|----------------------------------|--------|-------------|-------------------------------------|
| ふりがな | | () | | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | |
| 受診者氏名 | | | | | () 歳 | |
| | | 受給者番号 | | | | |
| 同 伴 者 | 同伴の有無 | <input type="checkbox"/> 往復とも同伴者あり <input type="checkbox"/> 片道のみ同伴者あり <input type="checkbox"/> 同伴者なし | | | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者(上記)に同じ | | | 続柄 | <input type="checkbox"/> 申請者(上記)に同じ |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者(上記)に同じ | | | | |
| | 電話番号 | () - | | | | |
| 受診医療機関 | | | | | | |
| 助成金申請額 | | 円(裏面の助成金額一覧表を参照してください) | | | | |
| 今年度通算申請回数 | | 回目(助成は1年度あたり3回が限度です) | | | | |
| 利用交通機関 利用年月日 (該当するものを ○で囲ってください) | 往路 | 交通機関 | 新幹線・飛行機・高速バス・高速船・ 自家用車・その他() | 利用年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 復路 | 交通機関 | 新幹線・飛行機・高速バス・高速船・ 自家用車・その他() | 利用年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 振 込 先 (*) | 金融機関名 及びコード | 銀行 金庫 組合 農協 | | 店 所 | 金融機関コード 店 番 | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 | (フリガナ) 口座名義人 | () | | |
| | 口座番号 | (左詰記入) | | | | |
| 申請受理 年月日 | | | 振込先の口座名義人は、必ず申請者氏名と一致させてください。 | | | |

【添付書類】

- 医療機関を受診したことを確認できる、受診時の領収書等の写し
- 公共交通機関を利用した場合は往復分の領収書の写し(本人及び同伴者)

医療機関証明欄

下記の者は、小児慢性特定疾病の治療等を行ったことを証明します。

○ 患者氏名
 ○ 疾患名
 ○ 受診日（入院の場合はその期間）
 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

令和 年 月 日
 医療機関所在地
 医療機関名称
 医師氏名 印

(医療機関証明欄の記入についてのお願い)

この証明書は、広島市小児慢性特定疾病医療費助成の対象者が治療等のために広島県外の医療機関を受診した場合に、その際要した交通費の一部を助成するために必要です。1回の受診ごとに助成金が支給されます（1年度あたり3回まで）ので、その都度1枚発行してください。（根拠規定：広島市小児慢性特定疾病交通費助成事業実施要綱）

(申請者の方へ)

1 本制度の説明

広島市が認定した小児慢性特定疾病児童等がその疾病の治療等のために県外医療機関（受診医療機関の最寄りのJRの駅から広島駅までの距離が、広島駅～福山駅間の距離より短い場合は対象外）を受診した場合に、対象者及び同伴した保護者（保護者は1名分まで）の旅費の一部を助成するものです。

2 申請方法等

受診した県外医療機関で上記の医療機関証明欄に証明してもらるか、受診した県外医療機関で受診された際に発行された領収証書等の写し等、および公共交通機関を利用した場合は往復分の領収証書の写しを添えて、申請書（表面）に記入のうえ、受診を終えた日から6か月以内にお住いの区厚生部福祉課に提出してください。

助成は1年度あたり3回を限度とし、下記の助成金額一覧表で該当する金額を助成します。（ただし、公共交通機関を利用し、実際に要した金額が下記の助成金額より低い場合は、実際に要した額を上限とします。）

助成金額一覧表（往復とも同伴者がいる場合）

| 県外医療機関の属する地域 | 助成区分① | 助成区分② | 助成区分③ |
|----------------------|--|------------------------|--------------------------|
| | ・小学生未満の受診者(*)に保護者が同伴した場合 ・県外医療機関に自家用車等で通院した場合(年齢区分なし) | ・小学生の受診者(*)に保護者が同伴した場合 | ・中学生以上の受診者(*)に保護者が同伴した場合 |
| 関東地方・東北地区・北海道(東京都など) | 18,000 円 | 27,000 円 | 36,000 円 |
| 中部地方(名古屋市など) | 13,000 円 | 20,000 円 | 26,000 円 |
| 近畿地方(大阪市など) | 9,000 円 | 14,000 円 | 19,000 円 |
| 中国地方・四国地方(岡山市など) | 5,000 円 | 8,000 円 | 11,000 円 |
| 九州地方(福岡市など) | 8,000 円 | 13,000 円 | 17,000 円 |

※表中の「受診者」とは、広島市が小児慢性特定疾病の患者に認定した受診者です。

※片道のみ同伴者がいる場合、同伴者がいない場合は助成金額が異なりますので、お住いの区の福祉課へお問い合わせください。

※公共交通機関を利用した場合でも往復分の領収証書の写しの提出がない場合は、助成区分1の適用となります。

助成できない場合・・・就学等のために受診者が県外に居住している場合、受診以外を主目的とする旅行中の受診など