

小児慢性特定疾病治療等交通費助成申請書

令和 年 月 日

廿日市市長 様

〒 _____

申請者住所.....

申請者氏名.....印.....

受診者との続柄 受診者の.....

次のとおり、小児慢性特定疾病の治療等のために広島県外の医療機関を受診したので、
交通費の助成を申請します。

太枠内を記入してください。

ふりがな		()		生年月日		年 月 日 () 歳	
受診者氏名				医療受給者証有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
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 受診者の
	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)					
申請回数		回目 (助成は1年度あたり3回が限度です)					
交通機関の 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 旅客船 その他 ()	飛行機 自家用車	路線バス	利用年月日	年 月 日
	復路	交通機関	新幹線 旅客船 その他 ()	飛行機 自家用車	路線バス	利用年月日	年 月 日

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

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
	・小学生未満のお子さん(*)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)	・小学生のお子さん(*)に保護者が同伴した場合	・中学生以上のお子さん(*)に保護者が同伴した場合
北海道	39,000 円	59,000 円	79,000 円
東北地方	26,000 円	39,000 円	52,000 円
関東地方 (東京都など)	18,000 円	27,000 円	36,000 円
中部地方・北陸地方 (名古屋市など)	15,000 円	23,000 円	31,000 円
近畿地方 (大阪市など)	10,000 円	15,000 円	21,000 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)	12,000 円	19,000 円	25,000 円

* 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、お問い合わせください。

* 就学等のためにお子さんが県外に居住している場合や受診以外を主目的とする旅行中の受診などの場合は本制度の対象になりません。

1 本制度の説明

市内に住所があり小児慢性特定疾病の医療費支給認定を受けている人が、その疾病の治療等のために県外の指定医療機関を受診した場合に、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。ただし、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となります。

2 申請方法等

県外医療機関で受診された際に発行された領収証等の写し等の次の書類を添えて、申請書に記入のうえ、受診を終えた日から2か月以内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、助成金額は一覧表で該当する金額を助成します。

【添付書類】

- 1 小児慢性特定疾病医療受診券の写し
- 2 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
- 3 公共交通機関を利用した往復分の領収書
- 4 口座振替依頼書（申請者名義の口座）

お問い合わせ先

廿日市市 子育て応援室	TEL 30-1988
大野支所「ネウボラおおの」	TEL 30-3309
佐伯支所「ネウボラさいき」	TEL 72-1124
吉和支所市民福祉グループ	TEL 77-2113
宮島支所市民福祉グループ	TEL 44-2001