

○藤岡市じん臓機能障害者等通院交通費補助要綱

平成20年5月29日

告示第38号

改正 平成27年6月22日告示第62号

平成28年2月16日告示第10号

(目的)

第1条 この要綱は、じん臓又は小腸の機能に障害を有する者(以下「じん臓機能障害者等」という。)が障害に基づく症状を軽減又は除去する目的で、医療機関において人工透析療法又は中心静脈栄養法若しくは経腸栄養法による医療の給付を受けるため、その医療機関への通院に要した交通費(以下「通院交通費」という。)を補助することにより、じん臓機能障害者等の福祉の増進を図ることを目的とする。

(補助対象者)

第2条 通院交通費の補助対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 藤岡市に居住し、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により、じん臓機能障害又は小腸機能障害の身体障害者手帳の交付を受けている者
- (2) じん臓機能障害等を更生するため、医療機関に通院のうえ、じん臓機能障害者にあつては人工透析法、小腸機能障害者にあつては中心静脈栄養法又は結腸栄養法のいずれかの医療の給付を受けている者
- (3) 当該年度の市町村民税非課税の者
- (4) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による医療扶助の移送費等又は他の法令等により通院交通費の給付を受けてない者

(通院交通費)

第3条 この補助金の交付対象となる通院交通費は、鉄道又は定期路線バス等の交通機関を利用した場合は、その運賃の額とし、自家用自動車等による場合は1km当たり16円で計算した額とする。

(補助金の額)

第4条 補助金の額は、前条により計算した額と別表の交付基準より算定した額を比較して、いずれか少ない方の額とする。

(補助金の申請)

第5条 通院交通費の補助を受けようとする者は、じん臓機能障害者等通院交通費補助金交付申請書(様式第1号)に通院証明書(様式第2号)を添えて市長に提出しなければならない

い。

2 前項に規定する申請は、4月分から9月分までについては9月30日までに、10月分から翌年3月分までについては3月31日までの間に行わなければならない。

(補助金の交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による補助金交付申請書の提出があったときは、すみやかに当該申請書の内容を審査し、補助金の交付の可否を決定しなければならない。

2 市長は、前項の規定により補助金を交付すると決定した者に対しては、じん臓機能障害者等通院交通費補助金交付決定通知書(様式第3号)により、受給資格がないと認めた者には、じん臓機能障害者等通院交通費補助申請却下通知書(様式第4号)により、申請者に通知するものとする。

(補助金の返還)

第7条 市長は、偽りその他不正な手段により補助金の支給を受けた者に対し、当該補助金の全部又は一部を返還させることができる。

(補則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則(平成27年告示第62号)

この告示は、公表の日から施行し、この告示による改正後の藤岡市じん臓機能障害者等通院交通費補助要綱の規定は、平成27年4月1日から適用する。

附 則(平成28年告示第10号)

この告示は、公表の日から施行する。

別表(第4条関係)

通院距離(往復)	月額
2km以上25km未満	2,600円
25km以上75km未満	3,200円
75km以上	5,200円

様式第1号（第5条関係）

じん臓機能障害者等通院交通費補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 藤岡市長

申請者 住 所 藤岡市 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

藤岡市じん臓機能障害者等通院交通費補助要綱第5条の規定により、次のとおり補助金の交付を受けたいので申請します。

なお、貴職が補助金の交付認定に際して必要となる情報について、私の通院している医療機関に対し「通院日数・送迎サービスの利用状況等」を照会確認又は関係書類について情報提供を受けること、また、私の「住民登録資料・税務資料等」について関係機関に照会確認又は閲覧することに同意します。

- 1 申請対象期間 年 月～ 年 月まで
 2 通院交通費内訳（自宅から医療機関までの距離）

使用交通機関	通院距離	バス、タクシーなどの片道運賃
	片道 km	円
	片道 km	円
合計	往復 km	円

----- 以下は記入しないでください -----

- 3 申請金額 金 _____ 円
 算出内訳表 ※16円×往復 km=1日 円

通院月	月	月	月	月	月	月	計
交通費	金額						
	日数						
算定実額							
補助金額							

往復距離 2～24km 25～74km 75km～
 ※実額と基準額（2,600円 3,200円 5,200円）との少ない方の額

通院証明書

通院者 住所 藤岡市 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者は、当医療機関において人工透析療法、中心静脈栄養法又は経腸栄養法による医療のため、次のとおり通院したことを証明します。

※通院した日を○で囲んでください（ 月後半は通院見込日）。

通院月	通院日数	通院した日						
		日	月	火	水	木	金	土
年 月分	日	•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
年 月分	日	•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
年 月分	日	•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
年 月分	日	•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•
		•	•	•	•	•	•	•

年 月 日

医療機関名

担当医師等



様式第3号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

藤岡市長



じん臓機能障害者等通院交通費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあったじん臓機能障害者等通院交通費の補助については、藤岡市じん臓機能障害者等通院交通費補助要綱第6条の規定により、次とおり補助金を交付することに決定したので通知します。

1 支給額 金 _____ 円

(ただし、 年 月分から 年 月分まで)

2 支給日 年 月 日

様式第4号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

藤岡市長



じん臓機能障害者等通院交通費補助金申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあったじん臓機能障害者等通院交通費の補助
については、次の理由により却下しましたので通知します。

却下理由

様式第1号(第5条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3号(第6条関係)

様式第4号(第6条関係)