

鳥取県小児慢性特定疾病交通費助成金助成金交付申請書 兼実績報告書 兼請求書

総合事務所長 様

_____年 月 日

標記助成金について、次のとおり、小児慢性特定疾病の治療のために鳥取県外の指定医療機関を受診したので、鳥取県補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請し、下記のとおり実績を報告します。
なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

太枠内を記入してください。

申請者	住所	〒 _____ (最寄り駅 _____)										
	氏名・受診者との続柄	(続柄 _____)					電話番号					
ふりがな	(_____)					生年月日		年 月 日				
受診者氏名								(_____) 歳				
						受給者番号						
受診回数	助成区分 ※1	算定基準額 交付申請額		利用年月日（往路）		利用年月日（復路）		同伴者の有無 (有の場合、受診者との続柄)				
<u>1回目</u>		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復とも (_____) <input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
<u>2回目</u>		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復とも (_____) <input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
<u>3回目</u>		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復とも (_____) <input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
<u>4回目</u>		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復とも (_____) <input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
<u>5回目</u>		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復とも (_____) <input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
合計		円		年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 片道のみ (_____) <input type="checkbox"/> 無						
受診医療機関の名称							受診医療機関の所在地域 ※2					

※1【助成区分】

- ・交通手段が自家用車の場合：「①」を記載ください。
- ・交通手段が公共交通機関の場合：受診者の学年により、該当する番号を記載ください。
①小学生未満 ②小学生 ③中学生以上 ④往路は小学生未満、復路は小学生 ⑤往路は小学生、復路は中学生

※2【所在地域】 該当するアルファベットを記載ください。

A 北海道、東北、関東 B 中部 C 関西 D 中国、四国 E 九州

振込先 (*)	金融機関名及びコード	銀行 金庫 店 組合 農協 所					金融機関コード			店番	
	預金種別	1 普通	(フリガナ)		(_____)						
		2 当座	口座名義人								
	口座番号										(左詰記入)

【注意】

- ・本助成は、1年度あたり5回を限度とします。年度中に申請いただくようお願いします。
- ・特例として2月1日から3月31日の間に受診された場合は、5月末まで申請可能です。
1月以前の受診分と2、3月受診分をまとめて4月以降に申請することはできませんのでご注意ください。

【添付書類】

- 1 県外医療機関を受診したことを証する書類（受診時の領収書の写しなど）
- 2 公共交通機関を利用した場合は往復分の領収書の写し（受診者及び同伴者）
- 3 受診者の小児慢性特定疾病医療費医療受給者証及び自己負担上限額管理票の写し

*振込先の口座名義人は、原則として申請者氏名と一致させてください。

（申請者の方へ）

1 本制度の説明

鳥取県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を受診した場合に、対象者及び同伴者（保護者は1名分まで）の旅費の一部を助成するものです。

対象となる県外医療機関は、鳥取県以外の都道府県にある医療機関のうち、その最寄の鉄道の駅が、受診者住所地の最寄りの鉄道の駅から87キロメートルを超える場所に所在し、かつ、法第6条の2第2項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関です。

2 申請方法

表面の申請書に必要事項を記載し、添付書類を添えて、住所地を所管する総合事務所に提出してください。なお、鳥取市、岩美郡、八頭郡に住所を有する場合は鳥取市の定める規定により鳥取市長に申請してください。

3 助成の回数等

- ・助成は1年度あたり5回を限度とし、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。）
- ・一度に複数の県外医療機関を受診した場合は、最も遠方にある県外医療機関において算定します。
- ・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…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

助成金額一覧表

※片道のみ同伴者がいる場合や往復で受診者の学年が異なる場合などは、助成金額が異なりますので、住所地を所管する総合事務所長へお問い合わせください。

（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
	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生未満の受診者に保護者等が同伴し、公共交通機関で通院した場合 ・自家用車等で通院した場合（年齢区分なし） 	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生の受診者に保護者等が同伴し、公共共通機関で通院した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・中学生以上の受診者に保護者等が同伴し、公共交通機関で通院した場合
A 関東・東北・北海道	18,000 円	25,000 円	36,000 円
B 中部	13,000 円	18,000 円	26,000 円
C 関西	5,000 円	8,000 円	10,000 円
D 中国・四国	5,000 円（※2,000 円）	8,000 円	10,000 円
E 九州	7,000 円	10,000 円	15,000 円

※医療機関の所在地が出雲市、雲南市、奥出雲町の場合は2,000 円。

（往復とも受診者のみの場合）

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
	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生未満の受診者のみで、公共交通機関で通院した場合 ・自家用車等で通院した場合（年齢区分なし） 	<ul style="list-style-type: none"> ・小学生の受診者のみで、公共交通機関で通院した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ・中学生以上の受診者のみで、公共交通機関で通院した場合
A 関東・東北・北海道	9,000 円	9,000 円	18,000 円
B 中部	6,000 円	6,000 円	13,000 円
C 関西	2,000 円	2,000 円	5,000 円
D 中国・四国	2,000 円	2,000 円	5,000 円
E 九州	4,000 円	4,000 円	7,000 円