様式（第６条関係）

**別記**

小児慢性特定疾病治療交通費助成申請書

平成　　年　　月　　日

海田町長　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。

　なお，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。

**太枠内を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）****受診者氏名** | （　　　　　　　　　　） | **生年月日** | 平成　　　年　　月　　日 |
| **受給者番号** |  |
| **同伴者** | **同伴の有無** | □ 往復とも同伴者あり　　□ 片道のみ同伴者あり　　□ 同伴者なし |
| **氏　　名** | □ 申請者（上記）に同じ | **続　柄** | □ 申請者（上記）に同じ受診者の |
| **住　　所** | □ 申請者（上記）に同じ |
| **電話番号** | （　　　　　　）　　　　　　－ |
| **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****（利用交通機関は該当するものを○で囲んでください）** | **往　路** | **交通****機関** | 新幹線・高速バス・飛行機・高速船・自家用車・その他（　　　　　　　） | **利用****年月日** | 平成　　　年　　月　　日 |
| **復　路** | **交通****機関** | 新幹線・高速バス・飛行機・高速船・自家用車・その他（　　　　　　　） | **利用****年月日** | 平成　　　年　　月　　日 |
| **振込先（※）** | **金融機関名** | 銀行　金庫　　　　　　　　　　　　　　　店組合　農協　　　　　　　　　　　　　　　所 |
| **預金種別** | 普通当座 | **（ふ り が な）****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。

**（申請者の方へ）**

**１　本制度の説明**

　　広島県知事から小児慢性特定疾病医療受給者証の交付を受けた対象者が，その疾患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，広島駅から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，対象者及び同伴者（同伴者は１名分まで）の交通費の一部を助成するものです。

**２　申請方法等**

　　受診を終えた日から２か月以内に申請書等を保健センター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。

**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の場合・県外医療機関に自家用車等の公共交通機関以外で通院した場合（年齢区分なし） | ・小学生のお子さんの場合 | ・中学生以上のお子さんの場合 |
| 関東地方・東北地方・北海道（東京都など） | ３７，０００円 | ５５，０００円 | ７４，０００円 |
| 中部地方（名古屋市など） | ２７，０００円 | ４０，０００円 | ５４，０００円 |
| 近畿地方（大阪市など） | １９，０００円 | ２９，０００円 | ３９，０００円 |
| 中国地方・四国地方（岡山市など） | １１，０００円 | １７，０００円 | ２３，０００円 |
| 九州地方（福岡市など） | １７，０００円 | ２５，０００円 | ３４，０００円 |

**※**　お子さんとは，広島県知事から小児慢性特定疾病医療受給者証の交付を受けたお子さんです。

**※**　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，保健センターへお問い合わせください。

**※**　助成できない場合…就学等のためにお子さん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