

鳥取市小児慢性特定疾病交通費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥取市長 様

〒 _____

申請者住所.....

申請者氏名..... 印

（自署の場合は押印省略可）

受診者との続柄..... 最寄り駅.....

電話番号.....

標記助成金について、下記のとおり、小児慢性特定疾病の治療のために小児慢性特定疾病医療受給者証に記載のある鳥取県外の指定医療機関を受診したので、鳥取市補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

太枠内を記入してください。

Application form table with columns for applicant name, birth date, amount, and medical details.

*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。

Table for recording insurance information and payment date/amount.

（裏面もご確認ください）

【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

（申請者の方へ）**1 本制度の説明**

鳥取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直線距離で計測し80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、鳥取市保健所へ提出してください。

3 助成の回数等

助成は1年度あたり3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が適用されます。

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

<参考>助成金額一覧表

※片道のみ同伴者がいる場合などは助成金額が異なりますので、鳥取市保健所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
	・小学生未満の受診者に保護者等 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等が同 伴した場合	・中学生以上の受診者に保護者等 が同伴した場合
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	8,000 円	10,000 円
E 九州	7,000 円	10,000 円	15,000 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
	・小学生未満の受診者のみの場合 (同伴者なし) ・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)	・小学生の受診者のみの場合 (同伴者なし)	・中学生以上の受診者のみの 場合 (同伴者なし)
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