

長崎県透析患者通院交通費助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、腎臓の機能に障害を有する者が、障害に基づく症状を軽減し、又は除去する目的で、人工透析療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。)の一部を助成するために必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、長崎県とする。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 長崎県に居住し、腎臓の機能障害を更生するため、医療機関に通院し、人工透析療法による医療の給付を受けている者。
- (2) 市町村民税非課税世帯に属する者。
- (3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「法」という。)第52条第1項の規定により自立支援医療費(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号。以下「令」という。)第1条の2第2号に規定する更生医療に関するものに限る。)を支給する旨の認定を受け、令第35条第1項に規定する負担上限月額が2,500円(所得区分が低所得1に該当。)である者。

なお、自立支援医療費を支給する旨の認定を受けていない場合は、次に掲げる前年の収入の合計額(通院した月が1月から6月までの場合にあっては、前々年とする。)が令第35条第4号に規定する収入の合計額以下である者。(自立支援医療費の所得区分低所得1に相当する者。)

- ・ 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額
- ・ 所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額
- ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第54条各号に掲げる各給付の合計金額

- (4) 1か月20,000円を超えて通院交通費を負担している者。

自家用自動車により通院している場合の通院交通費は、通院1回につき居住地から医療機関までの往復距離(0.1km未満の距離については切捨てとする。)に1kmあたり20円を乗じて得た金額とする。

なお、特定非営利活動法人ほほえみながさき及び特定非営利活動法人ほほえみ諫早の利用者送迎協力金、医療機関への通院又は居住地への帰宅の途中に通院以外の目的のために迂回した場合の交通費は通院交通費には含まない。

(助成額)

第4条 1か月の助成額は、通院交通費から20,000円を控除した額に2分の1を乗じた額とする。ただし、1円未満の端数が生じる場合はこれを切り捨てるものとし、上限額を15,000円とする。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、助成対象者が医療機関に通院し、人工透析療法による医療の給付を受けた日の属する年度内(ただし、医療機関に通院し、人工透析療法による医療の給付を受けた日が3月の場合は翌年度7月までに)に次の書類を知事に提出しなければならない。

(1) 長崎県透析患者通院交通費助成事業申請書(様式第1号)

(2) 通院証明書(様式第2号)

(3) 自立支援医療費(更生医療)の受給者証の写し

自立支援医療費を支給する旨の認定を受けていない場合は以下の書類を提出しなければならない。

- ・ 助成対象者の属する世帯の全員の住民票の写し
- ・ 当該年度分の市町村民税所得課税証明書(健康保険加入者は被保険者分、国民健康保険又は後期高齢者医療保険加入者は加入者全員分、3月から6月までの4か月分を申請する場合は前年度分)
- ・ 医療保険の被保険者証等もしくは資格確認書の写し(健康保険加入者は申請者及び被保険者(申請者が被扶養者の場合)の氏名が記載されたもの。国民健康保険又は後期高齢者医療保険加入者は申請者及び世帯に属する全員の氏名が記載されたもの。)

(4) その他知事が必要と認める書類

2 前項の申請書の提出先は、長崎県福祉保健部障害福祉課とする。

3 申請期間及び申請書等の提出期日は次のとおりとする。

(1) 3月から6月までの4か月間分については、7月14日までに提出

(2) 7月から10月までの4か月間分については、11月14日までに提出

(3) 11月から翌年2月までの4か月間分については、3月14日までに提出

(助成の決定等)

第6条 知事は、申請書受理後速やかに審査し、助成することを決定したときは、長崎県透析患者通院交通費助成事業承認決定通知書(様式第3号)により、申請者に通知する。

2 審査の結果、助成しないことを決定したときは、長崎県透析患者通院交通費助成事業不承認決定通知書(様式第4号)により、申請者に通知する。

(助成金の交付)

第7条 知事は、前条の規定により助成の決定をした申請者に対して、申請者の指定する金融機関に振込みの方法により助成金を交付する。

(助成金の返還)

第8条 知事は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けた者に対し、当該助成金額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に必要な事項は、別に定める。

附則

1 この要綱は、令和7年7月1日から適用する。

長崎県透析患者通院交通費助成事業申請書

長崎県知事 様

令和 年 月 日

申請者住所 〒 -

氏名

(電話番号 - -)

関係書類を添えて次のとおり通院交通費の助成を申請します。

また、次のことについて同意します。

- ・偽りや不正な手段等により助成金を受けていると判明した場合には返還の義務があること
- ・審査にあたり、助成対象者及び助成対象者の属する世帯員の市町村民税の納付状況や所得状況、通院状況等、審査に必要な事項について県が市町など他の自治体や医療機関へ照会すること

申請者氏名			
申請者住所	〒		
在宅の確認	在宅 施設入所(施設名:)		
通院医療機関名			医療機関による送迎 有 ・ 無
申請額 金 _____ 円 別紙により算出した金額を記載すること			
振 込 先	金融機関名	(銀行・金庫・農協) (本店・支店・出張所)	
	預金種別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

申請書記入者が申請者と異なる場合は以下に記載

申請書記入者名		申請者との続柄	
申請書記入住所			
電話番号			

添付書類

- ・通院証明書(様式第2号) ・身体障害者手帳の写し ・支払証明資料(別紙)
- ・自立支援医療受給者証の写し ・振込先口座の通帳の写し
(自立支援医療費受給者証を保有していない場合)
- ・助成対象者の属する世帯の全員の住民票の写し ・市町村民税所得課税証明書

様式第2号（第5条関係）

通院証明書（長崎県透析患者通院交通費助成事業）

申請者氏名

上記の者は、人工透析治療のため、下記のとおり当院へ通院したことを証明します。

記

対象月			通院日							
令和	年	月	日	日	日	日	日	日	日	日
			日	日	日	日	日	日	日	日
令和	年	月	日	日	日	日	日	日	日	日
			日	日	日	日	日	日	日	日
令和	年	月	日	日	日	日	日	日	日	日
			日	日	日	日	日	日	日	日
令和	年	月	日	日	日	日	日	日	日	日
			日	日	日	日	日	日	日	日

記載例

対象月			通院日							
令和	7年	7月	1日	3日	5日	8日	10日	12日	15日	17日
			19日	22日	24日	26日	29日	日	日	日

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

様式第3号(第5条関係)

第 年 月 日
年 月 日

様

長 崎 県 知 事

長崎県透析患者通院交通費助成事業承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった通院交通費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので長崎県透析患者通院交通費助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき通知します。

記

助成額 金 円

様式第4号(第5条関係)

第 年 月 日
年 月 日

様

長 崎 県 知 事

長崎県透析患者通院交通費助成事業不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった通院交通費の助成について、下記の理由により不承認となりましたので、長崎県透析患者通院交通費助成事業実施要綱第6条第2項の規定に基づき通知します。

記

不承認とした理由：

通院交通費内訳（自宅から医療機関まで）

1. タクシー・介護タクシーを利用

- ・ 支払額の確認のため、領収書（電子申請の場合は写真データ）を添付してください
口座引き落としの場合は、通帳の写し（氏名・金額・日付部分）、引き落としの内容と照合できる書類（請求書等）を添付してください
- ・ 助成対象額は、通院交通費が50,000円以上の場合は30,000円を記入してください

対象月	タクシー・介護 タクシーを利用 して通院した回 数（往復）	通院交通費 （月の合計）	助成対象額 （= -20,000円）	申請額 （= ×0.5） 1円未満切り捨て
令和 年 月			円	円
令和 年 月			円	円
令和 年 月			円	円
令和 年 月			円	円
合計 申請書（様式第1号）の申請額に同じ金額を記入してください				0円

通院交通費内訳（自宅から医療機関まで）

2. 自家用車を利用

- ・ 最短経路の通院距離を以下表に記入してください
- ・ 助成対象額は、通院交通費が50,000円以上の場合は30,000円を記入してください

片道の通院距離		100メートル未満切り捨て
---------	--	---------------

対象月	自家用車 を利用して 通院した回 数（往復）	1km あたり 単価	通院交通費 (= × ×)	助成対象額 (= -20,000円)	申請額 (= ×0.5) 1円未満切り捨て
令和 年 月		20円	円	円	円
令和 年 月		20円	円	円	円
令和 年 月		20円	円	円	円
令和 年 月		20円	円	円	円
合計 申請書（様式第1号）の申請額に同じ金額を記入してください					円

通院交通費内訳（自宅から医療機関まで）

3. 公共交通機関を利用

- ・ 区間（経路）には駅名・バス停・電停を記入してください
- ・ 障害者割引制度を利用している場合は割引適用後の運賃を記入してください
- ・ 助成対象額は、通院交通費が50,000円以上の場合は30,000円を記入してください

対象月	順路	交通機関	区間（経路）	運賃	公共交通機関を利用して通院した回数 （往復）	通院交通費 （= × ）	助成対象額 （= -20,000円）	申請額 （= × 0.5） 1円未満切り捨て
令和 年 月	1		から まで			円	/	
	2		から まで			円		
	3		から まで			円		
	計							
令和 年 月	1		から まで			円	/	
	2		から まで			円		
	3		から まで			円		
	計							
令和 年 月	1		から まで			円	/	
	2		から まで			円		
	3		から まで			円		
	計							
令和 年 月	1		から まで			円	/	
	2		から まで			円		
	3		から まで			円		
	計							
合計（C）								
申請書（様式第1号）の申請額に同じ金額を記入してください								円

領収書貼付け用シート（不足する場合は必要分コピーしてください）

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for pasting receipts, as indicated by the text above it.