

## 上越市人工透析患者通院交通費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、腎臓の機能に障害を有する人が血液透析療法を受けるための通院に要する交通費を助成することにより、血液透析療法を受ける人の経済的負担の軽減を図り、もって福祉の向上に資することを目的とする。

### (助成対象者)

第2条 助成を受けることができる人（以下「助成対象者」という。）は、週2回以上血液透析療法を受けるため通院している人であって、次に掲げるもの（生活保護受給者で通院移送費の支給を受けているものを除く。）とする。

- (1) 市内に住所を有する人で、通院に要する交通費（公共交通機関、タクシー等の利用料金及び自家用車の燃料費をいう。）を負担しているもの
- (2) その他市長が必要と認める人

2 前項第1号の助成対象者については、新潟県重度心身障害者医療費助成事業実施要領（平成14年5月16日障第145号）第5第1項に規定する支給の制限を準用し、次の各号のいずれかに該当するときは、助成しない。

- (1) 助成対象者の前々年の所得が、所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する同一生計配偶者及び扶養親族（以下「扶養親族等」という。）の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号。以下「施行令」という。）第7条に定める額を超えるとき。
- (2) 助成対象者の配偶者又は民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者で当該助成対象者の生計を維持する人の前々年の所得が、扶養親族等の有無及び数に応じて施行令第2条第2項に定める額を超えるとき。

### (助成金の額)

第3条 助成金の額は、血液透析療法を受けるために週2回以上通院した週の数に、次の表の左欄に掲げる通院距離の区分に応じ、同表の右欄に定める助成単価を乗じて得た額とする。

通院距離（片道）	助成単価
10km未満	600円
10km以上20km未満	750円
20km以上	900円

### (助成金の交付申請)

第4条 助成金の交付を受けようとする人は、人工透析患者通院交通費助成申請書（第1号

様式)に通院証明書(第2号様式)を添えて市長に提出しなければならない。ただし、市長が次の表に掲げる医療機関に照会することにより、通院を確認することができる場合は、通院証明書の添付を省略することができる。

医療機関名	所在地
新潟県厚生連上越総合病院	上越市大道福田148番地1
新潟県立中央病院	上越市新南町205番地
独立行政法人労働者健康福祉機構 新潟労災病院	上越市東雲町1丁目7番12号
医療法人社団渡辺内科医院	上越市幸町14番9号
新潟県厚生連けいなん総合病院	妙高市田町2丁目4番7号
森田内科医院	妙高市末広町2番7号

(助成金の支給)

第5条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、これを審査し、助成の可否を決定し  
決定  
たときは、人工透析患者通院交通費助成 通知書(第3号様式)により申請者に通知す  
却下  
るものとする。

2 市長は、前項の規定により助成を決定したときは、速やかに当該助成を決定した人(以下「助成決定者」という。)に対し助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第6条 市長は、助成決定者が偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けたときは、支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成25年2月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から実施する。

(経過措置)

2 改正後の第2条の規定は、この要綱の実施の日以後に申請のある助成について適用し、同日前に申請のあった助成については、なお従前の例による。

- 3 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成30年3月27日から実施する。

(適用区分)

- 2 改正後の第2条の規定は、平成32年1月1日以後に申請のある助成について適用し、同日前に申請のあった助成については、なお従前の例による。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成30年12月21日から実施する。

(経過措置)

- 2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式に相当する様式として使用することができる。

第1号様式（第4条関係）

人工透析患者通院交通費助成申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

（人工透析患者との関係 \_\_\_\_\_）

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり通院に係る交通費の助成を申請します。

人工透析患者	住 所	上越市											
	ふりがな 氏 名					生年月日	年 月 日						
	個人番号					—					—		
人工透析治療 受診医療機関	名 称												
通院手段 （複数可）	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 路線バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）												
自宅からの 通院距離	片道	k m				通院回数	週			回			
年度内の通 院距離の変 更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<u>※ある場合のみ記入</u> 理由： <input type="checkbox"/> 市内の転居 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 変更月日： _____ 月 _____ 日 変更前の通院距離： 片道 _____ k m											
通院しなかつ た期間	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<u>※ある場合のみ記入</u> _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日（理由： _____ ） _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日（理由： _____ ）											
振込希望金融 機関	銀行・信金・信組・農協				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
	本店                      支店					ふりがな 口座名義人							

承 諾 欄

人工透析患者通院交通費の助成の可否を審査するため、市の職員が行う以下の事項について承諾します。

- ア 人工透析患者本人及び世帯全員の課税内容について調査すること。
- イ 通院状況について医療機関に照会すること。

人工透析患者氏名

㊟

備考

- 1 アに承諾しない場合又は個人番号を記入しない場合は、所得課税証明書又はその写しを添付してください。
- 2 イに承諾しない場合又は第4条の表に掲げる医療機関以外に通院した場合は、通院証明書を添付してください。

※以下の欄には記入しないでください。

通院距離	助成単価 (A)	通院した週 (B)	助成金額 (A×B)
k m	<input type="checkbox"/> 600 円 (～10km 未満) <input type="checkbox"/> 750 円 (10～20km 未満) <input type="checkbox"/> 900 円 (20km～)	週	円

## 通院証明書

（住所）上越市

（氏名）

上記の人が、人工透析のために当院に週2回以上通院したことを証明します。

\*年度内における通院期間

年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

（医療機関）

住所地

名称

医師名

㊟

第3号様式（第5条関係）

人工透析患者通院交通費助成 決定 通知書  
却下

第 号  
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付けで申請のあった人工透析患者通院交通費の助成について、次  
と お り 決 定  
の したので通知します。  
理由により申請を却下

助成決定額	円
却 下	(理由)