

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金交付申請書

佐賀県知事 様

令和 年 月 日

下記のとおり、小児がん等の入院治療等のため、県外医療機関(隣県除く)を受診したため、交通費支援金の支給を申請します。算定にあたり必要があるときは、入院治療等のために利用した公共交通機関等や県外医療機関までの経路、入院治療等の有無について等、県が調査することに同意します。

※ 太枠内を記入してください

フリガナ		受診者との続柄			
申請者名		電話番号	- -		
住所	〒 -				
フリガナ		生年月日	年 月 日		
受診者名					
住所	□申請者(上記)に同じ				
受診医療機関					
今年度申請回数	1回目・2回目・3回目(1年度あたり3回が限度です)				
同 伴 者	氏名	受診者との続柄	交通機関	利用年月日	
				往路	復路
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日

申請額 金 円也	交付決定 金 円	審査年月日	確認印
----------	----------	-------	-----

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金請求書

収支等命令者 様

請求額 金 円也

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援実施要領に基づき支援金として、上記金額を請求します。

フリガナ					
申請者名					
住所	〒 -				
振 込 先	金融機関名	銀行	支店	預金種別	普通・当座
	フリガナ			口座番号	
	口座名義人				

※ 申請者(請求者)と口座名義人は同一であること

必要添付書類はウラ面をご覧ください

様式第1号

【添付書類】

1 意見書(様式第2号)

ただし、第2条第1号の受給者証(写)の提出により添付を省略することができます

2 県外医療機関(隣県を除く)を受診したことが確認できる書類

3 公共交通機関を利用した場合は往復分の領収書の写し(助成対象者全員分)

4 助成を受けたい方全員分の住民票(発行後3か月以内)

ただし、受診者は第2条第1号の受給者証(写)の提出により添付を省略することができます

【注意事項】

- ・助成上限人数は、受診者1名に対し保護者2名までとし、きょうだいの上限はありません。
- ・他の地方公共団体及び民間団体等から同様の助成金を受けることができません。
- ・セカンドオピニオンを目的とした受診に係る交通費は助成対象外です。
- ・医療機関証明の費用は自己負担となります。

【個人情報の取扱いに関する御案内】

この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、この助成金の交付のためにのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

また、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。(URL:<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html>)

助成金一覧表(一人あたり)

医療機関の所在地	助成額	医療機関の所在地	助成額
北海道	40,000円	九州地方	-
東北地方	40,000円	沖縄県	15,000円
関東地方	30,000円	鹿児島県	10,000円
中部地方	20,000円	宮崎県	10,000円
関西・四国地方	15,000円	大分県	5,000円
中国地方	10,000円	熊本県	3,000円

※助成を受ける方が小学生以下の場合、上記金額に二分の一を乗じて得た額となります(千円未満切捨て)。

※公共交通機関を利用した場合でも、往復分の領収書の写し等の提出がない場合は受診者一人の助成となります。

※自家用車を使用した場合は、台数分を助成します(但し、最低片道は受診者の移動を伴うものとします)。

【提出先及び問い合わせ先】

○申請方法 郵送又は持参

○提出先・受付窓口 〒840-8570 佐賀市城内1-1-59

佐賀県健康福祉部健康福祉政策課がん撲滅特別対策室

○受付時間 月曜から金曜日(祝日、年末年始を除く。) 9時~17時まで

○電話 0952-25-7491