

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援事業実施要領

(趣旨)

第1条 佐賀県小児がん患者等家族交通費支援事業は、遠方で入院治療等を受ける小児がん患者等の家族が安心して治療に取り組めるよう、入院治療等にかかる交通費を支援し、経済的負担の軽減を図ることを目的とする。その交付に関しては、この要領に定めるところによる。

(用語の定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 小児がん患者等（以下「受診者」という。）

以下のいずれかに該当する者

①がんと診断され事業年度末時点において18歳以下の者

②小児慢性特定疾病医療受給者証を有する者

③指定難病受給者証を有する者のうち、事業年度末時点において18歳以下の者

(2) 県外医療機関

隣県（福岡、長崎）を除く県外、且つ、主治医によって紹介された医療機関

(3) 公共交通機関等

佐賀県内の所在地を起点とし、県外医療機関を受診するために使用した鉄道、路線バス、航空機、船舶及び自家用車をいう。

(助成の対象)

第3条 知事は別表1の第2欄に掲げる助成対象条件を全て満たす同表第1欄に掲げる者に対し、予算の範囲内で助成を実施する。

2 本助成金の額は、別表2に定める額とする。ただし、公共交通機関を利用した際の領収書の写し等が提出されない場合は、原則、受診者分のみ助成する。また、自家用車を使用した場合は、台数分を助成する。

3 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の所在地において算定する。

(助成の回数)

第4条 助成の回数は、受診者1名につき1事業年度あたり3回分の入院治療等とし、1回の入院治療等につき最大2往復分の交通費を助成する。ただし、受診者の移動を伴うもののみを対象とする。また、県外医療機関への往復の往路における事業年度と復路における年度が異なる場合は、復路における事業年度の助成回数に含めるものとする。

(交付申請及び請求)

第5条 本助成金の交付申請は、原則として助成の対象となる県外医療機関を受診した年度内に行

行わなければならない。この場合における助成金の支給年度は県外医療機関を受診した年度とする。但し、3月中に受診した場合は、翌年度の4月末日まで交付申請及び請求することができるものとする。この場合における助成金の助成年度は県外医療機関を受診した年度の翌年度とする。

2 交付申請は様式第1号（佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金交付申請書）により実施すること。なお、提出の際は以下の書類を必要に応じ添付しなければならない。

(1) 意見書（様式第2号）

(2) 県外医療機関を受診したことを証する書類

(3) 公共交通機関を利用した場合は、利用したことが分かるもの（領収書の写し等）

(4) 助成を受けたい全員分の住民票（申請日から3か月以内のものに限る）

ただし、受診者は第2条第1号の受給者証（写）の提出を以て添付を省略することができる。

（交付決定）

第6条 本助成金の交付申請書、請求書の提出があった場合は、その内容を審査し、支給の可否を決定する。申請が承認された場合は指定口座への振込により承認の通知に代えることとする。

2 不承認の場合は、様式第3号（佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金不承認通知書）により、提出された申請書類を添えて通知することとする。

（助成金の返還）

第7条 知事は、偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた者があると認めたときは、本助成金の交付決定を取り消すとともに、助成金の全部又は一部の返還を命じることができるものとする。

（その他）

第8条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行し、令和5年4月1日以降に県外医療機関を受診に係る交通費について適用する。

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

別表1（第3条関係）

1	2
助成対象者	助成対象条件
受診者	(1) 第2条第1号のいずれかに該当していること (2) 県外医療機関を受診した日において、佐賀県内に住所（住民票）を有していること (3) 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ていないこと (4) セカンドオピニオンを目的とした受診等ではないこと。 (5) 当該県外医療機関との移動手段が救急自動車等による搬送ではないこと。
受診者の保護者 （父母、祖父母、おじおば）	(1) 受診者が助成対象条件を全て満たしていること (2) 受診者が県外医療機関を受診した日において、受診者と同居（同一住民票）していること ※祖父母、おじおばは県内居住でも可
受診者のきょうだい	(1) 受診者が助成対象条件を全て満たしていること (2) 受診者が県外医療機関を受診した日において、受診者と同居（同一住民票）していること

別表2（第3条関係）

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

備考

- 1 助成上限人数は、受診者1名に対し保護者2名までとする。きょうだいについては定めなし。
- 2 受診者2名以上に係る公共交通機関を利用した県外医療機関への入院治療等の場合は、対象となる受診者ごとに申請を行うものとする。受診者2名以上に対して、同伴者はいずれか一方の受診者の同伴者とする。
- 3 助成を受ける者が小学生以下の場合は、別表2の額に2分の1を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとする。以下同じ。）とする。また、交通費が発生しない場合（2歳以下の航空機等）は助成対象外とする。
- 4 受診者が県外医療機関において入院治療前に死亡した場合は、この表の額に2分の1を乗じて得た額とする。ただし、小学生以下は、4分の1を乗じて得た額とする。

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

	交付決定	審査年月日	確認印
申請額 金 円也	金 円		

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)
- 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、佐賀県個人情報保護方針で定めております。

(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は、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

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援事業
意見書

ふりがな		生年	年	月	日生
氏名		月日			(歳)
住所					
病名					
紹介医療機関名					
上記の者は、佐賀県小児がん患者家族等交通費支援事業実施要領第2条第1号に掲げる要件の何れかに該当するものと判断できる。					
佐賀県知事 殿					
令和 年 月 日					
医療機関名 _____					
医師名 _____ (自署)					

※必要があるときは、お問い合わせする場合がありますのでご了承ください。また、当該支援事業の趣旨を御理解いただき、診断書料については、お取り計らいいただきますようお願い申し上げます。

○佐賀県小児がん患者家族等交通費支援事業実施要領第2条第1号（抜粋）

- ①がんと診断され事業年度末時点において18歳以下の者
- ②小児慢性特定疾病医療受給者証を有するもの
- ③指定難病受給者証を有する者のうち、事業年度末時点において18歳以下の者

健政第 年 月 日 号

申請者 様

佐賀県知事

佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金不承認通知書

先に申請のあった佐賀県小児がん患者等家族交通費支援金については、次の理由により不承認としましたので、通知します。

記

1 理由

- 対象者に該当しない
- 提出書類の不足 ()
- その他 ()