

小国町告示第89号

小国町人工透析患者通院交通費助成金交付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和8年9月17日

小国町長 仁 科 洋 一



小国町人工透析患者通院交通費助成金交付要綱の一部を改正する要綱

小国町人工透析患者通院交通費助成金交付要綱（昭和63年小国町告示第13号）の一部を次のように改正する。

第4条中「人工透析患者通院報告書」を「人工透析患者通院回数確認書」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号

人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

小国町長 殿

申請者 住 所

生年月日

氏 名

※氏名を自署してください。

本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

手帳番号	第 号 (級)	医療機関名	
通院方法 (当初)	区 間	交通手段	交通費 (片道)
	自 宅 ~		円
	~		円
	合 計		円
通院方法 (変更)	区 間	交通手段	交通費 (片道)
	自 宅 ~		円
	~		円
	合 計		円

生活保護法その他の法令等による通院交通費の給付の有無	有 ・ 無
----------------------------	-------

備考1 途中で通院方法を変更した場合は、変更欄に記入すること。

- 2 交通費（片道）は、公共交通機関の場合は運賃の額を、2人以上でタクシーを利用した場合は運賃の3分の1の額を記入すること。

※ 認 定 欄	通院距離	当初	km	1 往復当たり	当初	円
	(片 道)	変更	km	通 院 交 通 費	変更	円
		支給延月数	支給単価	支給総額		備 考
	1	月	円	円		
	2	月	円			
	3	月	円			

様式第2号

人 工 透 析 患 者 通 院 回 数 確 認 書

対象者氏名		生年月日	年 月 日
-------	--	------	-------

対 象 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
通院回数	回	回	回	回	回	回

対 象 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
通院回数	回	回	回	回	回	回

上記のとおり人工透析治療のため当院へ通院したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住 所
名 称

取扱担当者名



附 則

この要綱は、公布の日から施行する。