

改正

平成22年2月5日訓令第2号

只見町療育児童通院交通費交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、発達障がい児、知的障がい児及び身体障がい児（以下「障がい児」という。）が、医学的治療やリハビリテーションを受けるため、医療機関等へ通院するために要する交通費（以下「通院交通費」という。）の一部を交付することにより、障がい児世帯の経済的負担を軽減し、もって福祉の向上に寄与することを目的とする。

(交付対象者及び交付額)

第2条 只見町は、本町の区域内に住所を有する者で医師の診断により前条の障がい児と認定された者で、次条の交付制限に該当しない交付対象障がい児の保護者に対し、通院交通費を交付する。
この要綱において「障がい児」とは、満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者とする。

2 交付の対象とする通院交通費の月額、交付対象障がい児が現に通院に要した交通費の月額とする。ただし、別表に定める通院交通手段のタクシーについては、障がい児世帯及び同一住居内において世帯分離している世帯を含む全員の前年の収入又は所得を含めた判定を行い、通常のタクシー料金が35,000円を超える場合は、下記の表に定める交付額の範囲で交付する。

区分	交付額
生活保護世帯に準じる世帯	70,000円
上記以外の住民税非課税世帯	60,000円
住民税課税世帯（所得税非課税世帯）	50,000円
住民税課税世帯（所得税課税世帯）	35,000円

3 交付回数は、療育のための施設ごとに月5回を限度とする。通院は、郡山市までを限度とし、それより遠方の場合、郡山市までの交通費を支給する。

(交付の制限)

第3条 次の各号のいずれかに該当する障がい児については、通院交通費の交付の対象としない。

- (1) 通院交通の手段及び通院交通費の算出基礎が別表に掲げるものに該当しないとき。
- (2) 通院区間の距離が片道35km未満のとき。
- (3) 正当な理由がないにもかかわらず、只見町の最寄りの医療機関以外の医療機関に通院するとき。
- (4) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者であるとき。
- (5) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）第14条第1項の規定に基づく被支援者であり、同条第2項第3号の支給を受けたとき。

（交付認定の申請）

第4条 通院交通費の交付を受けようとする障がい児は、通院交通費補助金受給資格認定申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添付して町長に申請するものとする。ただし、町長が認めたときは、その者に代わってその保護者が申請することができる。

- (1) 現に療養を受けている医療機関の発行する診断書
- (2) 現に療養を受けている医療機関の発行する通院証明書（第2号様式）

2 申請者が本町の区域内の医療機関又は最寄りの医療機関以外の医療機関に通院している場合には、前項に掲げる書類のほか、次に掲げる書類（第3号様式）を添付しなければならない。

- (1) 申請者の申立書
- (2) 現に療養を受けている医師の意見書

（交付の認定）

第5条 町長は、交付認定申請書が提出されたときは、第3条に掲げる制限事項の該当の有無等の調査を行い、通院交通費を支給すべき者（以下「受給権者」という。）と認めたときは、受給資格者認定通知書（第4号様式）を交付するものとする。

（通院交通費の請求及び交付）

第6条 受給権者は、認定を受けた日の属する月の初日（認定を受けた日が月の20日を超えるときは、翌月の初日）から起算して3箇月ごとに通院交通費補助金請求書（第5号様式）により町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の請求に基づき、3箇月分の通院交通費を交付する。

（受給権者の確認）

第7条 町長は、毎年1回受給権者について所得調査等を行い、引き続き受給権者としての認定の可否を確認しなければならない。

(譲渡及び担保の禁止)

第8条 通院交通費の交付を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

(不正行為による交付金の返還)

第9条 町長は、障がい児が偽り、その他不正の行為によって通院交通費の交付を受けたときは、その者から当該交付を受けた額の全部又は一部を返還させなければならない。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、公布の日から施行し、平成21年4月1日から適用する。
- 2 第6条の規定のうち、「認定を受けた日の属する月の初日」とあるを、平成21年に限り、「平成21年4月1日」と読み替えて適用する。

附 則 (平成22年2月5日訓令第2号)

この訓令は、平成22年4月1日から施行する。

別表 (第2条、第3条関係)

優先順位	通院交通手段	通院交通費の算出基礎	備考
1	列車	通院に利用する列車の運行区間による旅客運賃	○指定席料金及びグリーン料金は含めない。
2	バス	通院に利用するバスの運行区間によるバス料金	
3	自家用車	燃料の1ℓ当たりの単価は、毎年3月1日現在の町内の燃料小売業者が取り扱う各燃料代の平均(端数切捨て)を基に町長が定めるものとし、1ℓ当たりの走行距離を10kmとして通院区間に応じて算出した額	
4	タクシー	通院に利用するタクシー料金 (上記の金額が35,000円を超える	次の場合は、算出基礎に含めない。

		場合は、第2条第2項ただし書に定める範囲) ○通院区間のうち列車(バス)路線の駅(停留所)に至る距離が片道35kmに満たない場合 ○通院区間の全部又は一部に列車(バス)の利便があり、これを利用しても治療等に支障がない場合 ○自家用車による通院が可能な場合
--	--	---

第1号様式（第4条関係）

通院交通費補助金受給資格認定申請書										年	月	日	
只見町長										申請者氏名			印
対象者	住所	只見町大字						字	性別	男・女			
	生年月日					職業又は勤務先名							
	心身の状況												
通医療院 す機 る関	医療機関名												
	所在地												
	通院回数	週に 回又は、月に 回											
通院交通手段	順位	交通機関				区間（経路）			通院交通費（片道）				
	1	・列車 ・自家用車		・バス ・タクシー					円				
	2	・列車 ・自家用車		・バス ・タクシー					円				
	3	・列車 ・自家用車		・バス ・タクシー					円				
1往復当たりの 通院交通費		(1 + 2 + 3) × 2 = 円			希望する 支払方法		窓口払 その他（ ）						
							口座 振込	金融機関					
					口座番号								
					口座名義人								

※（注）これ以下は記入しないでください。

受給資格審査結果		適					否	
決	決 裁 権 者							起 案
裁								

第2号様式（第4条関係）

通 院 証 明 書		
対 象 者	氏 名	
	住 所	南会津郡只見町大字 字
通院治療開始年月日		年 月 日
通 院 治 療 を 必 要 と す る 回 数		週に 回又は 月に 回
当 該 対 象 者 の 治 療 時 間		時 分頃から 時 分頃まで
備 考		
上記のとおり、治療等のため当院へ通院する必要があることを証明します。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 ㊞		

第3号様式（第4条関係）

申 立 書 年 月 日 只見町長 申請者氏名 ㊞ 私は、次の理由により居住する只見町の医療機関又は最寄りの医療機関で治療等を受けることができませんので申し立てます。	
理 由	
通院する医療機関 の 医 師 の 意 見	医療機関名 医師の氏名 ㊞

第4号様式（第5条関係）

第 号 通院交通費補助金受給資格者認定通知書			
年 月 日 様 只見町長 印 年 月 日付で申請のありました補助金の受給資格については、次のとおり認定しましたので通知します。			
受給資格者	氏 名		
	住 所		
承認する通院交通手段	順路	交通機関	区 間（経 路）
	1		
	2		
	3		
支給開始年月日			
備 考			

第5号様式（第6条関係）

通院交通費補助金請求書					年	月	日
只見町長		請求者	住所	只見町大字	字	番地	
		氏名				⑩	
補助金の支給を次のとおり請求します。							
受給資格者氏名							
請求月	通院回数 (月5回まで)	一往復当りの 通院交通費	通院交通費総額	申請額			
年 月分	回	円	円	円			
年 月分	回	円	円	円			
年 月分	回	円	円	円			
計			円				

医 療 機 関 記 載 欄	
年 月分	回 (通院した日を○で囲んでください。) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
年 月分	回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
年 月分	回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記のとおり、(治療・リハビリ)のため当院へ通院したことを証明する。 所在地 医療機関 名 称 印	