

通院等交通費助成事業のご案内

適正に助成させていただくため、申請にあたり次のことにご注意ください。

- 【対象者】 市内に住所を有する在宅の人で下記のいずれかに該当する人
- ・ 70歳以上の高齢者
 - ・ 65歳から69歳までのひとり暮らし又は高齢者のみの世帯の人
 - ・ 在宅の要支援・要介護認定者
- 【対象移動】
- ・ 自宅と医療機関の通院 ※健康診断や接骨院、はり灸、整骨院等は対象外
 - ・ 医療機関への入退院または介護施設への入退所
(ショートステイには利用できません)
 - ・ 医療機関から他の医療機関への転院の時
 - ・ 一般タクシー、介護タクシーを利用した移動 ※運賃のみが対象
(介助料等、運賃以外の費用が発生した場合、内訳の明示が必要です)

- 下記にあてはまる場合は対象となりません。
 - ・ 種別割(自動車税・軽自動車税)の減免を受けている
 - ・ 古河市障害者福祉タクシー利用料金の助成を受けている
 - ・ 「ふくとく・チケット」で補助を受けて支払った運賃分は対象外です。
- 以下のときは助成されませんので注意してください。
 - ・ 自宅以外から通院したとき
 - ・ 通院時に自宅と医療機関以外の場所へ立ち寄ったとき
※医療機関から薬局を経由して自宅に戻った場合、
タクシーの乗り継ぎがない場合に限り申請が可能です。
 - ・ タクシーの領収書、通院証明がないときや日付があわないとき
 - ・ 運賃以外にかかった費用が含まれているとき(介助料、待ち時間等)
 - ・ 利用月から2ヶ月を過ぎているとき
(例:7/1～7/31 乗車分→9/30までに窓口または郵送で必着)

- 【助成額】 1ヶ月あたり、片道を1回とし8回まで利用でき、運賃総額の2分の1を助成します。限度額5,000円。 ※100円未満切り捨て

- 【申請方法】
- ・ 通院する度に必ずタクシーの領収書を受け取ってください。
 - ・ 医療機関を受診する毎に、市指定の申請書に下記の2点を依頼してください。
① 医療機関を受診した日付の記載 ②医療機関印の押印
※往復利用の場合の医療機関印は、行きで1回、帰りで1回必要です。
 - ・ 利用月から2ヶ月以内に申請書とタクシーの領収書を提出してください。

- 申請窓口● 高齢介護課 健康の駅 ※郵送での申請可(必着)
市民総合窓口課(総和庁舎) 市民総合窓口室(古河庁舎、三和庁舎)
(郵送先) 〒306-0221 古河市駒羽根1501「健康の駅」高齢介護課宛

- 問合せ先● 古河市役所 高齢介護課 TEL : 0280-92-4921

様式第1号 (第7条関係)

利用した方について
記入してください。

高齢者通院等交通費助成金交付申請書

年 月 日

申請者 (利用者)	住所	電話番号 ()
	氏名 (印)	生年月日
	※自署 申請者の氏名を自署する場合は、 押印は不要です。	明・大・昭 年 月 日

古河市高齢者通院等交 び第6条確認欄 (□にチェックを入れてください。)

下記の①から⑥のいずれにも該当しない

- ① 茨城県条例第71条の19第1項第3号の規定により、種別割の減免を受けている。
- ② 古河 各項目に該当しないことを確認し、より、種別割の減免を受けている。
- ③ 古河 必ずチェックを入れてください。 業による助成を受けている。
- ④ 短期入所生活介護、短期入所療育介護、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療育介護を利用している (ショートステイ等)。
- ⑤ 特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所に指定された施設に入居している。
- ⑥ 他の法令等による補助等を受けている運賃を含んでいる。(高齢者外出支援タクシー運賃助成事業等)

利用月 8年 4月分 → 利用月 から 2箇月以内に申請してください。

日付	医療機関等の名称	医療機関等の印	金額	経路 ○をつけてください。		
4/10	〇〇病院		1,550	自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
4/10	〇〇病院		2,000	自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
4/20	〇〇病院		3,000	自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
			合計金額	申請金額		
			6,550 円	×1/2=	3,200 円	

通院した医療機関で印を
押してもらってください。

タクシー運賃の合計を
記入してください

どれかに○を
つけてください。

利用が初めての方又は口座を変更したい
方は記入をお願いします。
(2回目以降の利用で、口座変更が無い
方は記入の必要はありません)
支店名や口座番号の記入方法が不明な方
は、口座の写しも添付してください。

合計金額の半額で100円未満を切り
捨てた金額を記入してください。
5,000円を超えるときは
5,000円と記入してください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座種別 普・当
	フリガナ 口座名義人		