

松阪市医療的ケア児通院等交通費助成認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）松阪市長

（申請者）住 所

氏 名

続 柄

電話番号

松阪市医療的ケア児通院等交通費助成について、次のとおり申請します。

対象児童	氏 名			生 年 月 日	平成・令和 . .	
	医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理	<input type="checkbox"/> 気管切開の管理		<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	
		<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法		<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理		<input type="checkbox"/> 皮下注射	
		<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> 継続的な透析		<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> 排便管理		<input type="checkbox"/> 痙攣時の処置				
対象となる助成	送迎年月	送迎した施設等の名称（※ ¹ ）		交通手段	*市記入欄（※ ² ）	
	年 月 ） 年 月	〔所在地〕 〔名 称〕		<input type="checkbox"/> 自家用車	Km 駅	
	年 月 ） 年 月	〔所在地〕 〔名 称〕		<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関	Km 駅	
	年 月 ） 年 月	〔所在地〕 〔名 称〕		<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関	Km 駅	

※¹ 市外又は自宅から16km以上遠隔地にある施設等に限る。

※² 距離の測定及び最寄り駅の判定は、インターネットの地図検索サイトを使用して行う。

- 医療的ケア児通院等交通費助成金を、前回と同じ口座に振り込んでください（下記記入不要）
- 医療的ケア児通院等交通費助成金を、下記口座に振り込んでください（通帳(振込口座がわかる面)の写しが必要)

振込口座	銀行・信用金庫・信用組合	金融機関コード	種目	口座番号			
				普通			
	本店・支店・出張所	店舗コード	当座	口座名義（カナ）			

*口座名義は、申請者本人名義に限る

※ 添付書類

- 診断書又は医療的ケアに係る指示書等の写し（過去に提出した場合等を除く）
- 「通院証明書」「通所又は通園・通学証明書」
- 上記証明書類に係る領収書

* 市処理欄

交付番号	受付	処理