様式第1号（第6条関係）

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 | □ 人工呼吸器による呼吸管理 | □ 気管切開の管理 | | | | □ 喀痰吸引 | |
| □ 鼻咽頭エアウェイの管理 | □ 酸素療法 | | | | □ ネブライザーの管理 | |
| □ 経管栄養 | □ 中心静脈カテーテルの管理 | | | | □ 皮下注射 | |
| □ 血糖測定 | □ 継続的な透析 | | | | □ 導尿 | |
| □ 排便管理 | □ 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〕 | | | □ 自家用車  □ 公共交通機関 | | | Km  駅 |
| 年　 月  　～  年　 月 | 〔所在地〕  〔名　称〕 | | | □ 自家用車  □ 公共交通機関 | | | Km  駅 |
| 年　 月  　～  年　 月 | 〔所在地〕  〔名　称〕 | | | □ 自家用車  □ 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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 本店・支店・出張所 | 店舗コード | | | | 口座名義（カナ） | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | | | | |

□ 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）

\*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」

□ 上記証明書料に係る領収書

\* 市処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付番号 | 受付 | 処理 |
|  |  |  |