

○若桜町人工透析患者通院費助成金交付要綱

平成9年4月1日

告示第14号

(目的)

第1条 この要綱は、じん臓の機能の障害による人工透析療法を受けている者（以下「人工透析患者」という。）に対し、人工透析療法のため通院に要する費用を助成し、もって人工透析患者の負担の軽減を図ることを目的とする。

(助成の対象)

第2条 助成の対象となる者は、町内に住所を有し、在宅の人工透析患者とする。ただし、生活保護を受けている者を除く。

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、月額5,000円とする。

(助成金の交付申請)

第4条 この要綱により、人工透析患者通院費の助成を受けようとする者は、毎年6月、9月、12月及び3月に人工透析患者通院費助成金交付申請書（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(助成金の交付)

第5条 前条の申請があったときは、町長は、その申請書を審査し、適当であると認めたときは、助成金の交付を決定し、人工透析患者通院費助成の交付決定通知書（様式第2号）により通知し、助成金を交付するものとする。また、適当でないと認めた場合は、人工透析患者通院費助成金却下決定通知書（様式第3号）によりその理由を記して申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第6条 町長は、偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者に対し助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

附 則

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

人工透析患者通院費助成金交付申請書

年 月 日

若桜町長 様

申請者 住 所
氏 名



若桜町人工透析患者通院費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請
します。

記

助 成 金 額	円
通院医療機関名	
助成金の補助 対 象 期 間	年 月～ 年 月まで (3箇月分)

(年1回は、人工透析患者である旨の医師の証明書を添付すること。)

様式第2号(第5条関係)

若桜町受第 号
年 月 日

様

若桜町長 印

人工透析患者通院費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった人工透析患者通院費助成金について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

助成金額	円
助成金の補助 対象期間	年 月～ 年 月 (3箇月分)

様式第3号(第5条関係)

若桜町受第 号
年 月 日

様

若桜町長 印

人工透析患者通院費助成金却下決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった人工透析患者通院費助成金については、次の理由で不交付と決定しましたので通知します。

(理由)

様式第1号 (第4条関係)

様式第2号 (第5条関係)

様式第3号 (第5条関係)