

つくば市告示第416号

つくば市在宅血液透析患者助成金支給要綱を次のように定める。

平成31年3月22日

つくば市長 五十嵐立青

つくば市在宅血液透析患者助成金支給要綱

(趣旨)

第1条 在宅血液透析患者助成金（以下「助成金」という。）の支給については、つくば市補助金等交付適正化規則（昭和62年つくば市規則第15号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成金の支給の目的)

第2条 助成金は、在宅血液透析を行う者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対し、電気料金及び水道料金について助成金を支給することにより、在宅血液透析患者の経済的負担の軽減を図り、もって在宅福祉の増進に資することを目的として予算の範囲内において支給する。

(定義)

第3条 この要綱において、「在宅血液透析」とは、患者及びその介助者が、医療施設において十分な教育訓練を受けた上で、医師の指示に従い、自宅において透析機器を用いて行う血液透析治療をいう。

(助成金の支給対象者)

第4条 助成金の支給対象者は、つくば市に住所を有する在宅血液透析患者で、市税の滞納がないものとする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、1月につき10,000円とする。

(助成金の支給の条件)

第6条 助成金は、在宅血液透析患者が、1月につきおおむね10回以上在宅血液透析を行った場合に、その月につき10,000円を支給するものとする。

(助成金の支給申請)

第7条 規則第4条第1項に規定する申請は、様式第1号により行うものとする。

2 規則第4条第1項の所定の期日は、助成金の支給を受けようとする最初の月の初日の7日前の日（当該日が、助成金の支給を受けようとする年度の4月1日以前の日である場合は、4月1日）とする。

3 規則第4条第2項第5号に規定する市長が必要と認める書類は、助成金の支給を受けようとする最初の月の在宅血液透析に関する医師の指示書の写しとする。

(助成金の支給決定)

第8条 規則第7条に規定する通知は、様式第2号により行うものとする。

(実績報告)

第9条 規則第13条第1項に規定する報告は、様式第3号により行うものとする。

2 規則第13条第1項に規定する市長が必要と認める書類は、次のとおりとする。

(1) 助成金の支給を受けようとする期間に係る在宅血液透析に関する医師の指示書の写し

(2) 助成金の支給を受けようとする期間の各月の電気料金及び水道料金の金額がわかるものの写し

(助成金の額の確定)

第10条 規則第14条に規定する通知は、様式第4号により行うものとする。

(助成金の支給の請求)

第11条 規則第15条の2第2項に規定する請求は、様式第5号により行うものとする。

附 則

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

つくば市長

宛て

住 所

氏 名

印

電話番号

つくば市在宅血液透析患者助成金支給申請書

在宅血液透析患者助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この助成金の支給の審査に際し、市税の納付状況について、つくば市備付けの公簿により確認することに同意します。

在宅血液透析患者	住 所	つくば市
	ふりがな	
	氏 名	
	電話番号	— —
	生年月日	年 月 日
在宅血液透析の指導及び管理をする医療機関の名称		
在宅血液透析開始月又は開始予定月	年 月	

添付書類

助成金の支給を受けようとする最初の月の在宅血液透析に関する医師の指示書の写し

様式第2号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

つくば市長

印

つくば市在宅血液透析患者助成金支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました在宅血液透析患者助成金について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 支給する

支給予定額 月額10,000円

支給の対象となる月 年 月から 年 月まで

2 支給しない

理由

支給の条件

様式第3号（第9条関係）

年 月 日

つくば市長

宛て

住 所
氏 名
電話番号

つくば市在宅血液透析患者助成金実績報告書

年 月 日付け 第 号で支給決定の通知があった在宅血液透析患者助成金に係る実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

在宅血液透析患者 氏名								
在宅血液透析を行 った期間	年 月から				年 月まで			
在宅血液透析を行 った回数	月	回	月	回	月	回	月	回
	月	回	月	回	月	回	月	回
	月	回	月	回	月	回	月	回
<p>※</p> <p>つくば市長 宛て</p> <p>上記の患者について、上記の期間中、当院の指導及び管理の下に当該患者及びその介助者が在宅にて血液透析治療を行ったことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								

※印欄は、主治医が記入してください。

添付書類

- 1 助成金の支給を受けようとする期間に係る在宅血液透析に関する医師の指示書の写し
- 2 助成金の支給を受けようとする期間の各月の電気料金及び水道料金の金額がわかるものの写し

様式第4号（第10条関係）

第 号
年 月 日

様

つくば市長

印

つくば市在宅血液透析患者助成金支給確定通知書

年 月 日付けで実績報告のありました在宅血液透析患者助成金の支給について、下記のとおり確定しましたので通知します。

記

助成金支給確定額 _____ 円

様式第5号（第11条関係）

年 月 日

つくば市長

宛て

住 所

氏 名

電話番号

つくば市在宅血液透析患者助成金支給請求書

在宅血液透析患者助成金について、次のとおり請求します。

1 請求金額（助成金額） _____ 円

2 振込先

振込先 金融機関名	(_____) 銀行・信用金庫・信用組合・農協
	(_____) 本店・支店・支所
預金種別	1 普通 2 当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義人	

※ 助成金の支給の決定を受けた者本人の口座に限ります。