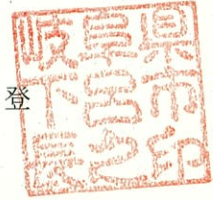




下呂市障がい児等交通費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和8年9月30日

下呂市長 山内 登



令和8年下呂市告示第221号

下呂市障がい児等交通費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱

下呂市障がい児等交通費助成事業実施要綱（平成30年下呂市告示第10号）の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
<p>（目的）</p> <p>第1条 この要綱は、障がいや病気の早期治療、<u>機能回復又は就労に向けた適正評価・アセスメント</u>を受けるために、<u>医療機関等</u>へ通う児童（以下「障がい児等」という。）を持つ保護者に対し通院等に必要な経費の一部を助成することで、保護者の経済負担を軽減し、障がい児等及びその家庭の福祉の増進を図ることを目的とする。</p> <p>（定義）</p> <p>第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、次の各号に定めるところによるものとする。</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） 障がい児等 次のいずれかに該当する児童</p> <p>ア～カ （略）</p> <p>キ <u>障害者の日常生活及び社会生活を総合</u></p>	<p>（目的）</p> <p>第1条 この要綱は、障がいや病気の早期治療及び機能回復のために医療機関及び障害児通所支援事業所へ通う児童（以下「障がい児等」という。）を持つ保護者に対し通院等に必要な経費の一部を助成することで、保護者の経済負担を軽減し、障がい児等及びその家庭の福祉の増進を図ることを目的とする。</p> <p>（定義）</p> <p>第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、次の各号に定めるところによるものとする。</p> <p>（1） （略）</p> <p>（2） 障がい児等 次のいずれかに該当する児童</p> <p>ア～カ （略）</p>

改正後	改正前
<p>的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「<u>障害者総合支援法</u>」という。）第5条第13項の規定による就労選択支援の福祉サービス受給者証の交付を受けている者</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(6) <u>就労選択支援事業所</u> <u>障害者総合支援法第5条第13項の規定による事業を行う事業所</u></p> <p>(7) <u>医療機関等</u> <u>医療機関、障害児通所支援事業所及び就労選択支援事業所</u></p> <p>(8) (略)</p> <p>(9) 通院・通所等 障がい児等が、居住する住居と<u>医療機関等</u>との間を手帳等の障がい等に起因する治療及び訓練のために往復（入院及び入院中の一時帰宅を含む）することという。</p> <p>(10) 交通費 自宅から<u>医療機関等</u>までの片道の距離（実際の通院又は通所の方法に関わらず最も経済的かつ合理的と認められる経路により、市が算出するもの）に応じて別表に定める額をいう。</p> <p>(対象経費及び助成額)</p> <p>第4条 (略)</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、交通費の助成は行わない。</p> <p>(1) <u>医療機関等</u>による送迎サービスを受けている場合</p>	<p>(3)～(5) (略)</p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) 通院・通所等 障がい児等が、居住する住居と<u>医療機関又は障害児通所支援事業所</u>との間を手帳等の障がい等に起因する治療及び訓練のために往復（入院及び入院中の一時帰宅を含む）することという。</p> <p>(8) 交通費 自宅から<u>医療機関又は障害児通所支援事業所</u>までの片道の距離（実際の通院又は通所の方法に関わらず最も経済的かつ合理的と認められる経路により、市が算出するもの）に応じて別表に定める額をいう。</p> <p>(対象経費及び助成額)</p> <p>第4条 (略)</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、交通費の助成は行わない。</p> <p>(1) <u>医療機関又は障害児通所支援事業所</u>による送迎サービスを受けている場合</p>

改 正 後	改 正 前												
<p>(2) (略)</p> <p>(申請)</p> <p>第5条 交通費の助成を受けようとする者は、 下呂市障がい児等交通費助成事業助成金支給 申請書(様式第1号)に次の各号に規定する 書類を添えて、市長に<u>提出又は下呂市情報通 信技術を活用した行政の推進に関する条例 (平成29年下呂市条例第14号)第3条に規定 する電子情報処理組織による申請を行うもの とする。</u></p> <p>(1) 通院・通所等証明書(様式第2号) <u>又 は同等の記載内容が確認できる書類</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>別表(第2条関係)</p> <table><tr><th colspan="2">距離</th><th>支給額</th></tr><tr><td>自宅から医療 機関等までの 片道の距離が 次の区分に該 当する場合</td><td>0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)</td><td></td></tr></table>	距離		支給額	自宅から医療 機関等までの 片道の距離が 次の区分に該 当する場合	0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)		<p>(2) (略)</p> <p>(申請)</p> <p>第5条 交通費の助成を受けようとする者は、 下呂市障がい児等交通費助成事業助成金支給 申請書(様式第1号)に次の各号に規定する 書類を添えて、市長に<u>申請しなければならない。 ただし、第1号に掲げるものにあつては、 同等の記載内容が確認できるほかの書類をも って、これに代えることができる。</u></p> <p>(1) 通院・通所等証明書(様式第2号)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>別表(第2条関係)</p> <table><tr><th colspan="2">距離</th><th>支給額</th></tr><tr><td>自宅から医療 機関又は障害 児通所支援事 業所までの片 道の距離が次 の区分に該当 する場合</td><td>0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)</td><td></td></tr></table>	距離		支給額	自宅から医療 機関又は障害 児通所支援事 業所までの片 道の距離が次 の区分に該当 する場合	0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)	
距離		支給額											
自宅から医療 機関等までの 片道の距離が 次の区分に該 当する場合	0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)												
距離		支給額											
自宅から医療 機関又は障害 児通所支援事 業所までの片 道の距離が次 の区分に該当 する場合	0 k m以上10 k m未満 の項～90 k m以上の項 (略)												

附 則

この告示は、令和 8 年10月 1 日から施行する。

下呂市長 様
下呂市障がい児等交通費助成事業助成金支給申請書

下呂市長 様

下記のとおり下呂市障がい児等交通費助成事業助成金の支給を申請します。

申請にあたり、私の世帯の住民登録資料等について、下呂市が調査することについて同意します。

申請者等 (満18歳未満児童)	住所	〒509- 下呂市		申請年月日		年	月	日
	フリガナ			手帳等	身体・療育・精神 育成医療・小児慢性特定疾病 福祉サービス受給者証 【番号：】			
申請者等 (保護者)	氏名	生年月日		年	月	日	年 月 分	
	氏名	電話番号		対象期間				
通院・通所等	医療機関・通所等事業所名	所在地	通所等日数	片道距離	金額(A)	日数(B)	助成金額	
	①		日	km	円	日	(A) × (B) 円	
	②		日	km	円	日	(A) × (B) 円	
	③		日	km	円	日	(A) × (B) 円	
	④		日	km	円	日	(A) × (B) 円	
	⑤		日	km	円	日	(A) × (B) 円	
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合		受給資格の確認		合計助成金額		
	口座番号	フリガナ	本店・支店	可・否		円		
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号		検査確認済		
		通帳記号		通帳番号		職員氏名		

(注) 太枠の部分を申請者が記入してください。

【添付書類】①通院・通所等証明書又はこれに代わる書類

②小児慢性特定疾病児童医療を受給している方は受給者証の写し

※自宅から医療機関等までの距離は、実際の通院・通所等の方法にかかわらず最も経済的かつ合理的な経路によって下呂市が判断します。

様式第1号（第5条関係）

下呂市障がい児等交通費助成事業助成金支給申請書

下呂市長 様

下記のとおり下呂市障がい児等交通費助成事業助成金の支給を申請します。

申請にあたり、私の世帯の住民登録資料等について、下呂市が調査することについて同意します。

（満18歳未満児童） 対象児児童	住所	〒509- 下呂市		申請年月日		年	月	日
	フリガナ			身体・療育・精神		育成医療・小児慢性特定疾病 福祉サービス受給者証		
	氏名		生年月日	年	月	日	【番号：	
申請者等 （保護者）	氏名		電話番号		対象期間	年	月	分
	医療機関・通所事業所名		所在地	通所等日数	片道距離	金額（A）	日数（B）	助成金額
通所・通院	①			日	km	円	日	円 (A) × (B)
	②			日	km	円	日	円 (A) × (B)
	③			日	km	円	日	円 (A) × (B)
	④			日	km	円	日	円 (A) × (B)
	⑤			日	km	円	日	円 (A) × (B)
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合		種別	合計助成金額			
	口座番号	フリガナ 口座名義（保護者）		本店・支店	受給資格の確認			
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号		円		
					可	否	検査確認済 年月日 職員氏名	

（注）太枠の部分を申請者が記入してください。

【添付書類】①通院・通所等証明書又はこれに代わる書類

②小児慢性特定疾病児童医療を受給している方は受給者証の写し

※自宅から医療機関又は通所事業所までの距離は、実際の通院又は通所の方法にかかわらず最も経済的かつ合理的な経路によって下呂市が判断します。

様式第2号（第5条関係）

通院・通所等証明依頼書

年 月 日

医療機関・障害児通所支援事業所・就労選択支援事業所 様

申請者 住所 岐阜県下呂市
氏名

下呂市障がい児交通費助成事業の申請をするため、下記の者について、障がいに起因する治療・訓練のために通院・通所等したことを証明願います。

記

住 所	岐阜県下呂市		
障がい児 氏 名		生年月日	年 月 日生

通院・通所等証明書

通院・通所等 施 設 名					障がい児 氏 名						
月	通院・通所等日数										計
月											日
月											日
月											日
月											日
合 計									日		

上記のとおり、障がいに起因する治療・訓練のために通院・通所等したことを証明します。

年 月 日

施設名
代表者



様式第2号（第5条関係）

通院・通所等証明依頼書

年 月 日

医療機関・障害児通所支援事業所 様

申請者 住所 岐阜県下呂市
氏名

下呂市障害児交通費助成事業の申請をするため、下記の者について、障がい起因する治療・訓練のために通院・通所したことを証明願います。

記

住 所	岐阜県下呂市		
障がい児氏 名		生年月日	年 月 日生

通院・通所等証明書

通院・通所 施 設 名						障がい児 氏 名					
月	通院・通所日数										計
月											日
月											日
月											日
月											日
合 計									日		

上記のとおり、障がい起因する治療・訓練のために通院・通所したことを証明します。

年 月 日

施設名
代表者