

小児がん患者交通費助成事業のご案内

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根では、小児がん（20歳未満で発症したがん患者を含む）の治療を受けるために県内外の医療機関に入院される患者さんやそのご家族の経済的負担を軽減するため、島根県がん対策基金（小児がん対策基金）を活用して、住所地から医療機関への移動にかかる交通費を助成します。

●対象となる方

以下の要件をすべて満たす方が対象になります。

- ・ 入院した日から申請日において、島根県内に住所のある方
- ・ 入院した日において20歳未満の方
- ・ 入院（検査入院を除く。）のため住所地から医療機関へ移動する場合に、移動距離及び交通費がともに一定基準を超える方

●助成金額

〔県内の医療機関に入院された場合〕

（単位：円）

居住地	医療機関の所在地	
	松江市	出雲市
浜田市、江津市、邑南町	20,000	対象外
益田市、津和野町、吉賀町	20,000	20,000
海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町	30,000	30,000

※上記以外の市町村にお住まいの方は、対象外です。

〔県外の医療機関に入院された場合〕

（単位：円）

居住区分 ※	医療機関の所在地						
	鳥取	広島	岡山 山口	四国 近畿	九州 中部	関東 北海道	東北 沖縄
東部	対象外	20,000	30,000	50,000		100,000	
西部	20,000	対象外	30,000	50,000		100,000	
隠岐	30,000	40,000	40,000	60,000		110,000	

※居住区分に該当する市町村は下表のとおりです。

居住区分	該当市町村
東部	松江市、出雲市、安来市、雲南市、奥出雲町、飯南町
西部	浜田市、益田市、大田市、江津市、川本町、美郷町、邑南町、津和野町、吉賀町
隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町

●助成金を申請できる方

本助成金を申請できるのは、患者の扶養義務者となります。

●助成金の申請から支払までの流れ

STEP1：次の書類をご準備ください。

必要書類

① 交通費助成金交付申請書（様式第1号）

様式はヘルスサイエンスセンター島根のホームページからダウンロードしてください。

② 世帯全員の記載がある住民票の写し（3か月以内に取得したもので、マイナンバーの記載がないものに限る。）

③ 医療機関が発行した「入院診療計画書」の写し

④ 医療機関が発行した「診療明細書」の写し

「入院診療計画書」「診療明細書」に医療機関名の記載がない場合、医療機関名が記載された他の資料の提出をお願いする場合があります。（例：領収書など）

【留意点】

- ・申請は、入院日以降、必要書類が揃い次第可能です。
- ・申請期限は、助成対象となる入院期間の初日が属する年度の翌年度末日までとなります。
例：令和2年4月20日に入院された場合、令和4年3月31日まで申請できます。
- ・申請回数は、入院治療を受けた同一年度につき1回までです。
例：令和2年4月20日から令和2年9月30日まで及び令和3年1月20日から令和3年5月31日までの2回入院した場合。⇒2回とも申請できます。もし、同時に申請される場合は、①、③、④の書類は準備いただく必要がありますが、②の住民票は共通して使用しますので、2部準備いただく必要はありません。

STEP2：申請書をご提出ください。

上記の書類をヘルスサイエンスセンター島根あて郵送または直接ご持参ください。

提出先及び問い合わせ先は下記に記載していますので、ご確認ください。

STEP3：書類審査のうえ交付を決定し、助成金をお支払いします。

- ・助成金の交付が決定したときは、交通費助成決定通知書によりお知らせします。
- ・交通費助成金交付申請書に記載いただいた金融機関の口座へ助成金を振り込みます。
- ・交付できない場合は、その旨を文書でお知らせします。

書類提出及び問い合わせ先

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根

〒693-0021 出雲市塩冶町223-7

電話番号：0853-22-9352

FAX番号：0853-22-9353