

# 川崎市公害病認定患者転地療養交通費支給要綱

## (趣旨)

第1条 この要綱は、公害病認定患者が認定疾病に係る療養を目的とし、転地して病院又は診療所で医療を受けた場合、その者に交通費を支給することについて必要な事項を定めるものとする。

## (定義)

第2条 この要綱において、次の各号に定める用語の意義は、次の各号に定めるところによる。

(1) 公害病認定患者 公害健康被害の補償等に関する法律（昭和48年法律第111号。以下「法」という。）または、川崎市公害健康被害補償条例（昭和49年川崎市条例第69号）に基づき市長が認定した者（法第4条第6項ただし書きに該当した者、法第7条の規定による有効期間が満了した者及び法第9条の規定により認定を取り消されて入る者を除く。）をいう。

(2) 認定疾病 公害健康被害の補償等に関する法律施行令（昭和49年政令第295号）別表第2の規定によるものとする。

## (交通費の額)

第3条 交通費の額は、別表のとおりとする。

## (支給の申請)

第4条 交通費の支給を受けようとする者は、市長に対し公害病認定患者転地療養交通費申請書（別記様式）により申請しなければならない。

ただし、原則として同年度内において、2回以上の申請をすることはできない。

## (交通費の返還)

第5条 偽りその他不正の行為によってこの要綱による交通費の支給を受けた者があるときは、市長は、その者から当該支給額の全部又は一部を返還させることができる。

## (委任)

第6条 この要綱の施行について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

## 附則

この要綱は、昭和47年4月10日から施行し、昭和47年4月1日から適用する。

## 附則

この要綱は、昭和47年11月1日から施行し、昭和47年9月1日から適用する。

## 附則

この要綱は、昭和47年9月1日から施行する。

## 附則

この要綱は、昭和63年3月1日から施行する。

## 附則

この要綱は、平成2年4月1日から施行する。

## 附則

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和3年5月1日から施行する。

別表

行程キロ数	金額
100キロメートル以上 200キロメートルまで	5,000円
201キロメートル以上 400キロメートルまで	7,000円
401キロメートル以上 600キロメートルまで	9,000円
601キロメートル以上 1,200キロメートルまで	11,000円
1,201キロメートル以上	13,000円

注 1 行程キロ数は、申請者の住居から転地療養する病院又は診療所までに至る経路のうち、一般に利用し得る最短の経路であると市長が認める距離とする。

2 前項の規定により算出したキロ数に1キロメートル未満の端数が生じた場合は、1キロメートルとするものとする。

(別記様式)

## 公害病認定患者転地療養交通費申請書

年 月 日

(宛先) 川 崎 市 長

申請者氏名 \_\_\_\_\_  
(患者との関係 \_\_\_\_\_)

川崎市公害病認定患者転地療養交通費支給要綱第4条の規定により交通費の支給を受けたく、申請します。

氏 名		生年 月日	年 月 日生
住 所			
認 定 番 号		認定疾患	
今回、認定疾病の 治療を受けた医療 機関名及び所在地			
今回の入院期間	年 月 日から	年 月 日	診療 実日数 日
今回の通院期間	年 月 日から	年 月 日	診療 実日数 日
前 回 ま で の 申 請 状 況	第 回目	年 月 日	転地先の 医療機関名
	第 回目	年 月 日	転地先の 医療機関名
	第 回目	年 月 日	転地先の 医療機関名
今 回 の 転 地 行 程 ( 片 道 )	順路・路線の名称	区 間	区間距離
		～	・ k m
		～	・ k m
		～	・ k m
		～	・ k m
		～	・ k m
	合 計		・ k m

※裏面に振込先を記入し、転地先医療機関の証明を受けてください。

\_\_\_\_\_ 区役所 \_\_\_\_\_ → 健康福祉局 \_\_\_\_\_

担任					担任			
----	--	--	--	--	----	--	--	--

医療機関記入欄 (治療を受けた医療機関による証明)	氏名		生年月日	年	月	日
	病名					
	<p>上記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで          公害認定疾病の治療のために { 入院 } したことを証明します。          { 通院 }</p> <p>年 月 日</p> <p>名称及び所在地 _____</p> <p>医 師 名 _____</p>					

決定	行程キロ数	k m	支給金額						円
----	-------	-----	------	--	--	--	--	--	---

受付	場 所	年 月 日	番 号	受理者

※太枠内は記入しないでください。

交通費を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用支店 漁協・労働金庫	支店名	本店 支店 出張所
口座番号	普通 当座	口座名義人	フリガナ