

○仙北市介護タクシー利用助成事業実施要綱

平成31年3月22日告示第24号

改正

令和6年3月15日告示第30号

仙北市介護タクシー利用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、入退院、通院及び転院等のため、通常交通機関を利用することが困難な要介護認定者が介護タクシーを利用した場合に、市がその費用の一部を助成することにより、福祉の向上を図ることを目的として、仙北市介護タクシー利用助成事業（以下「事業」という。）の実施に関し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、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 事業者とは、仙北市内において事業所を営むタクシー事業者をいう。
- (2) 介護タクシーとは、乗降を容易にするリフト等の装置を備え、ストレッチャー又はリクライニング式車椅子に対応した車両をいう。

(助成対象者)

第3条 事業の助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、高齢、身体の障害等の理由により一般車両を利用して外出することが困難である要介護認定者であって、次の各号の全てに該当する者及びその他市長の認める者とする。

- (1) 介護保険適用外の利用となる入退院、通院及び転院等を目的とした介護タクシーの利用が必要な者
- (2) 仙北市に住所を有する者
- (3) 生活保護法（昭和25年法律第144号）など他の制度で支給を受けていない者
- (4) 介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項の要介護認定において、要介護度3以上の認定を受けた要介護者

(利用の申請)

第4条 事業を利用しようとする助成対象者又はその者の属する世帯の者（以下「申請者」という。）は、仙北市介護タクシー利用助成事業申請書（様式第1号）により、仙北市長（以下「市長」という。）に申請しなければならない。

2 前項に規定する申請書を提出するときは、利用した範囲をひと月単位とし、請求額の根拠となる領収書及び助成対象者の介護保険被保険者証の写しを添付しなければならない。

(利用の決定)

第5条 市長は、前条の申請書が提出されたときは、速やかに助成の可否及び助成額を決定し、仙北市介護タクシー利用助成事業決定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第6条 前条により決定を受けた申請者は、仙北市介護タクシー利用助成事業助成金請求書（様式第3号）により、市長に対して助成金を請求するものとする。

(助成金の交付)

第7条 市長は、申請者から前条の請求を受けたときは、請求のあった日の翌々月の末日までに、申請者の指定する口座に助成金を振り込むものとする。

(助成額)

第8条 助成額は、介護タクシー利用に係る費用のうち介護保険適用外の介護料の2分の1とする。

(助成の範囲等)

第9条 利用の期間は、当該年度の4月1日から翌年の3月31日までとする。

2 利用の区域は、仙北市、大仙市、美郷町、横手市及び秋田市とする。

3 利用の回数は、片道を1回とし、ひと月あたり4回までとする。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和6年3月15日告示第30号）

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

仙北市長様

申請者 住所

氏名 _____

仙北市介護タクシー利用助成事業申請書

仙北市介護タクシー利用助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

助成対象者	(ふりがな) 氏名		男・女	
	住所	仙北市		
	電話番号			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 歳	
介護の状況	・介護度の状況（介護度3 介護度4 介護度5） ・その他の状況（寝たきり その他）			
添付書類	・請求額の根拠となる領収書 （利用年月日・利用区間・介護保険適用外であることが明記されたもの） ・介護保険被保険者証の写し （現在の要介護状態区分等が確認できるもの）			
利用内訳	回数	利用年月日	利用区間	利用区分
	1	年 月 日	～	入院・退院・通院・転院
	2	日	～	入院・退院・通院・転院
	3	日	～	入院・退院・通院・転院
	4	日	～	入院・退院・通院・転院
備考				

仙発 第 号
年 月 日

助成対象者

様

仙北市長

仙北市介護タクシー利用助成事業決定通知書

年 月 日付で申請のありました、仙北市介護タクシー利用助成事業につきましては、下記のとおり通知します。

記

- 1 助成の可否 決 定 ・ 却 下
- 2 利用対象月 _____ 年 _____ 月分
- 3 決定助成額 _____ ¥ _____
- 4 連絡事項

令和 年 月 日

仙 北 市 長 様

申請者 住所

氏名

印

仙北市介護タクシー利用助成事業助成金請求書

仙北市介護タクシー利用助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり請求します。

記

1. 助成金請求額 ¥ _____

2. 利用事業所名 _____

3. 利用対象月 _____ 年 月分

4. 振込先口座等

（フリガナ）

・口座名義人 _____

・金融機関 _____ 銀行・信金・農協 _____ 支店

・口座番号 _____ 普・当