

東金市ケアタクシー事業助成金の手引き (事業者用)

令和 8 年 6 月

東金市市民福祉部高齢者支援課

対象利用者

次の要件をすべて満たす方に東金市ケアタクシー券（以下、ケアタクシー券）を交付します。

- ・ 要介護者（要介護１～５）であること
- ・ 東金市内に住所があり在宅であること（有料老人ホームなどに入居している方は除く）
- ・ 市税及び介護保険料を滞納していないこと
- ・ 原則としてケアマネジャーが作成する居宅サービス計画に「通院等（※）のため
のケアタクシーの利用」または「通院等乗降介助」を組み込んでいること

※「通院等」とは、医療機関への通院（定期的な受診）、入院、退院のことです。

＜ケアタクシー券の交付時期＞

既利用者：３月に「上半期４～９月分」、９月に「下半期１０～３月分」を交付

新規利用者：申請した月（締切有）に「翌月～当該期末分」を交付

※交付対象期間に要介護認定の有効期限が到来する場合は一部の交付を保留し、有効期限が更新された後に残りの券を交付します。

※使用しない月があらかじめ判明している場合は、当該月分は交付しません。

対象事業者

ア．基準該当訪問介護事業者

（東金市基準該当居宅サービス等事業者及び基準該当居宅介護支援等事業者の登録等に関する規則（平成１２年東金市規則第２号））

イ．一般乗用旅客自動車運送事業者（福祉輸送事業限定を含む）

（道路運送法（昭和２６年法律第１８３号））

協定の締結

対象事業者は、次の書類を提出し、東金市と協定を締結することにより、本制度における「ケアタクシー事業者」となります。

（必要書類）

- ・ 東金市ケアタクシー事業助成金制度 事業者応募用紙
- ・ 関東運輸局長発行の許可書の写し
- ・ 関東運輸局発行の運賃及び料金に関する認可書の写し
- ・ 定款の写し（個人タクシーの場合は省略可）
- ・ 約款の写し

ケアタクシー券の利用範囲

<利用目的>

医療機関への「通院」と「入退院(転院は対象外)」に限られます。

<発着場所>

原則として、「利用者の自宅(以下、自宅)」及び「医療機関※」に限られます。

他の場所に立ち寄ることはできません。

ただし、始点または終点が「自宅」であり、「通院」の前後に「介護事業所」を利用する場合は、「介護事業所(デイサービスやショートステイ先)」も含まれます。

詳細は、下記の図を参照してください。

※医療機関とは、病院・診療所(保険薬局での薬の受取りを含む)を指し、整骨院・接骨院・鍼灸院・整体院などは含まれません。

○ ケアタクシー券利用可能 × ケアタクシー券利用不可

基本的な利用の場合

自宅 ⇒ (○) ⇒ 医療機関※ ⇒ (○) ⇒ 自宅

※保険薬局での薬の受取りを含む。以下同じ。

複数の医療機関を受診する場合

自宅 ⇒ (○) ⇒ 医療機関A ⇒ (○) ⇒ 医療機関B ⇒ (○) ⇒ 自宅

デイサービスを利用した後に直接医療機関を受診して自宅に帰る場合

自宅 ⇒ (×) ⇒ デイサービス ⇒ (○①) ⇒ 医療機関 ⇒ (○②) ⇒ 自宅

②の利用がある場合のみ、①の利用が可能

医療機関を受診してから直接デイサービスを利用して自宅に帰る場合

自宅 ⇒ (○①) ⇒ 医療機関 ⇒ (○②) ⇒ デイサービス ⇒ (×) ⇒ 自宅

①の利用がある場合のみ、②の利用が可能

医療機関を受診してから直接ショートステイへ行く場合

自宅 ⇒ (○①) ⇒ 医療機関 ⇒ (○②) ⇒ ショートステイ

①の利用がある場合のみ、②の利用が可能

ショートステイを利用した後に直接医療機関を受診して自宅に帰る場合

ショートステイ ⇒ (○①) ⇒ 医療機関 ⇒ (○②) ⇒ 自宅

②の利用がある場合のみ、①の利用が可能

自宅から医療機関に入院する場合

自宅 ⇒ (○) ⇒ 医療機関

退院した医療機関から自宅に帰る場合

医療機関 ⇒ (○) ⇒ 自宅

次のような場合は、利用できません。

ショートステイ先から直接医療機関に入院する場合

ショートステイ ⇒ (×) ⇒ 医療機関

退院した医療機関から直接ショートステイを利用する場合

医療機関 ⇒ (×) ⇒ ショートステイ

入院中の医療機関から別の医療機関に転院する場合

医療機関 A ⇒ (×) ⇒ 医療機関 B

※利用範囲は、介護保険の訪問介護(通院等乗降介助)の範囲を原則とした上で、医療機関への通院及び入退院に限ったものとなっています。

<利用対象金額>

ケアタクシー券は、「運賃」及び「迎車回送料金」に使用できます。

それ以外の予約料金、介助料金、付添料金などには使用できませんので、別途現金等により支払を受けてください。

また、券種が500円券と100円券の2種類のため、運賃の100円未満の端数も現金等により支払を受けてください。

<予約受付時及び乗車時の注意点>

以下の点を確認してください。

- ・利用者の氏名(本人確認及び請求書に記載する必要があるため。)
- ・利用する月のケアタクシー券であること
- ・医療機関への通院または入退院のための利用であること
- ・発着場所のいずれかが利用者の自宅であること

ケアタクシー券の金額と有効期間

<様式>

冊子形式になっており、必要な枚数だけ切り取って(ミシン目入り)使用するようになっています。

「表紙・裏表紙」「500円券」「100円券」はそれぞれ色が異なります。

また、年度ごとにそれぞれの色は変わります。

<金額>

1冊6,000円分(内訳…500円券:9枚、100円券:15枚)

※100円未満の運賃には使用できません。

<利用上限金額>

一カ月に6,000円(1冊)まで

ただし、人工透析を受けている方は一カ月に12,000円(2冊)まで

上限を超えてケアタクシーを利用する場合は、その超えた分の運賃は利用者が自己負担することになります。

<有効期間>

一カ月ごとに、当該月の月末までの期限を記載しています。

当該月に過去や未来の月分のケアタクシー券を使用することはできません。

例えば、有効期間欄に「8, 8, 31」と押印されている券は、令和8年8月1日から令和8年8月31日までの間のみ使用できます。

<ケアタクシー券の見方>

ケアタクシー券の表紙

ケアタクシー券を管理するための番号を押印しています。
「12(例)」は利用者ごとに付番された番号です。(毎年度ごとに付番)
「8(例)」は「8月」で、この券が使用できる月を表しています。

ケアタクシーは要介護認定者の通院を支援するものです

No. 12 - 8

この券が使用できる月(例: 8月)を
赤いスタンプで押印しています。



東金市 ケアタクシー券

8

東金市

氏名

被保険者番号

利用者の住所・氏名・被保険者番号が記載されています。(利用者自身や家族等による記入)
利用者が乗車する際に、氏名を確認してください。

ケアタクシー券の表面

表紙と同じく管理番号を押印しています。
【利用者の番号(例: 12) - 利用可能月(例: 8)】

ミシン目

No. 12 - 8

令和8年度 東金市ケアタクシー券

500円

「500円」券「100円」券の
2種類です。

(おつりは出ません)

有効期間

8, 8, 31

乗降車地域

乗車又は降車を東金市内でお願いします

東金市長



東金市市民福祉部
高齢者支援課

☎ 50-1219

始点または終点が東金市内の
自宅であることを指します。

有効期間(例: 令和8年8月1日~31日)の期限である
当該月の月末(例: 8, 8, 31)を押印しています。

ケアタクシー券の裏面

乗車日 令和8年8月15日
運転手名 ○○ ○○
会社名 ○○タクシー株式会社
乗車場所 乗車 自宅 → 降車 ○○医院

—運転手さんへお願い—
介護が必要な方ですのでよろしくお願いします

利用者からケアタクシー券を受け取った後は、裏面に下記の事項を記入してください。

- ・乗車日：利用者が乗車した日
 - ▷「2026.8.15」などの表記でも構いません。
- ・運転手名：運転手の氏名
- ・会社名：事業者名
- ・乗車場所：乗車場所と降車場所の名称
 - ▷利用者の自宅は、住所ではなく「自宅」と記入してください。
 - ▷医療機関名は、識別できる範囲であれば正式名称は省略可能です。
（例：「○○大学医学部附属病院」を「○○大学病院」と記入）
 - ▷医療機関が複合施設やショッピングセンター等の中にある場合でも、必ず医療機関名を記入してください。

※ケアタクシー券が複数枚ある場合は、1回の乗車分をまとめて左上をホチキスで留め、一番後ろのケアタクシー券にのみ記入することで、他への記入を省略できます。

※請求の際にとりまとめがしやすいよう、ケアタクシー券の余白に利用者の氏名を書くことは差し支えありません。

運賃及び協力金の請求

<協力金額>

ケアタクシー券の利用１回につき、１００円を協力金として交付します。

「利用１回」とは、「乗車１回」です。

(例)

- | | |
|----------------------|----------------|
| ・「自宅⇒医療機関」 | 乗車１回×１００円＝１００円 |
| ・「自宅⇒医療機関⇒自宅」 | 乗車２回×１００円＝２００円 |
| ・「自宅⇒医療機関Ａ⇒医療機関Ｂ⇒自宅」 | 乗車３回×１００円＝３００円 |

<請求書類>

- ・東金市ケアタクシー運賃請求書(別紙 ケアタクシー利用者一覧を含む)
- ・当月分の受領したケアタクシー券原本

<請求期限>

当月分の翌月１５日まで(必着)

<提出方法>

郵送または高齢者支援課窓口持参

<支払予定日>

請求した日から３０日以内に支払

(原則、請求した月の月末までに支払予定)

第4号様式（第9条）

東金市ケアタクシー運賃請求書

年 月 日

(宛先)東 金 市 長

協定書の受注者欄と同じ表記で記入し、
同じ印鑑で押印してください。
また、法人の場合は、代表者の氏名の前に
肩書を記入してください。

住 所 〇〇市〇〇1—2—3

会 社 名 〇〇株式会社

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

東金市ケアタクシー事業助成金支給規則第9条の規定に基づき 8 月分の運賃を次の
とおり請求します。

記

- 1 請求期間 令和 8 年 8 月 1 日 ～ 令和 8 年 8 月 31 日 （ 8 月分）
- 2 請求金額（運賃） 金 57,500 円
（内訳） 500 円券× 85 枚＝ 42,500 円
100 円券× 150 枚＝ 15,000 円
- 3 請求金額（協力金） 金 1,900 円

4 振込先

金 融 機 関 名	〇〇 銀行 〇〇 支店	
口 座 名	〇〇株式会社 代表取締役 〇〇 〇〇	①普通 2 当座
口 座 番 号	1234567	

- 5 利用者一覧
- 別紙のとおり

別紙

ケアタクシー利用者一覧

(令和8 年 8 月分)

利 用 者 名	利 用 金 額	タ ク シ ー 券 の 種 類		協 力 金 額
		500 円 券	100 円 券	
12 東 金 花 子	6,000 円	9 枚	15 枚	200 円
30 千 葉 太 郎	4,000 円	8 枚	—	100 円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
利用者名の前にケアタクシー券の右上に記載されている No. を記入してください。 （例：東金花子さんの場合、「No. 1 2－8」のハイフンの前の番号「1 2」を記入） 利用金額、各券の枚数、協力金額は、利用者が使用した当月の合計を記入してください。				
請求書の請求金額及び内訳と一致します。				
合 計	57,500 円	85 枚	150 枚	1,900 円

FAQ

Q 1. デイサービスを利用した後に直接医療機関に通院して自宅に帰る予定が、受診をした結果、緊急的に入院となった場合に、デイサービスと医療機関の間でケアタクシー券は利用できますか。

A 1. 受診した結果、緊急的に入院となった場合は、利用できます。
なお、受診前から入院が予定されていた場合は利用できません。

Q 2. 通院等の途中や帰りに、スーパーマーケットなど医療機関以外に立ち寄ることはできますか。

A 2. ケアタクシー券の利用範囲が「通院及び入退院」に限られることから、医療機関以外に立ち寄ることはできません。
なお、往路の「自宅⇒医療機関」はケアタクシー券を使用し、復路の「医療機関⇒スーパーマーケット等⇒自宅」は利用者の自費とすることは差し支えありません。

Q 3. 家族等が同乗することは可能ですか。

A 3. 受診時等に家族等の付き添いが必要な場合は可能です。
なお、介護保険における訪問介護の通院等乗降介助については、介助が可能な家族等が同乗する場合は、一般的にその必要性がないと考えられますが、家族等では介助が困難な理由や同乗する理由など、その必要性がケアプランに明確に位置づけられている場合は算定が可能です。

Q 4. 利用者、タクシー事業者、医療機関のいずれかの都合により、利用者の月1回の通院が翌月以降に変更になり、翌月に2回通院することとなった場合、前月分のケアタクシー券を使用することはできますか。

A 4. ケアタクシー券の使用は、一月6,000円（人工透析を受けている方は一月12,000円）が限度となっていますので、当月分以外のケアタクシー券を使用することはできません。

Q 5. 医療機関へ行ったものの、医療機関の急な都合で休診していた場合、ケアタクシー券の使用及び通院等乗降介助の算定をすることはできますか。

A 5. 休診であることを利用者が知り得なかった場合は、ケアタクシー券の使用及び通院等乗降介助の算定は可能です。

Q 6. 同じ居宅に居住する利用者2名が、同じ日時、同じ医療機関に通院する場合、ケアタクシー券はどのように使用したらよいですか。

A 6. それぞれの方のケアタクシー券を半分ずつ使用することなどが考えられます。

Q 7. 生活保護を受けている方の場合の請求はどうなりますか。

**A 7. 生活保護を受けている方は、原則として東金市福祉事務所が事前にその必要を認めた通院費は生活保護費から支給されます（移送費）。
通院に係る移送費が適用となるケースにおいてケアタクシー券を利用する場合の請求方法は、下記のとおりとなります。**

(1) ケアタクシー券利用分は高齢者支援課へご請求ください。

(2) ケアタクシー券利用分を超える額・適用外となる額は東金市福祉事務所（社会福祉課）へご請求ください。

※(2)の場合において、東金市福祉事務所と事前調整のうえ、ご本人が当日現金払いをすることになっているケースについては、上記(2)によらず、現金で支払いを受けてください（ご本人が領収書を東金市福祉事務所に提出し、償還払いを受けます）。

問い合わせ先

東金市 市民福祉部 高齢者支援課 介護給付係

〒283-8511

千葉県東金市東岩崎1番地1

電話番号：0475-50-1219

FAX：0475-50-1295

メールアドレス：korei@city.togane.lg.jp

電話受付時間：8時30分～17時15分

窓口受付時間：9時00分～16時30分

（土曜日/日曜日/祝日/12月29日～1月3日を除く）