

横浜市精神障害者入院医療援護金制度のご案内(新規申請)

横浜市では、精神科の病院にご入院されている方に、月1万円の入院医療援護金を助成します。

1 対象要件 (次の全てを満たす方が対象者となります)

- (1) 横浜市に住民登録があること。
- (2) 精神科病院又は一般病院の併設精神科病棟に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に基づき「任意入院」又は「医療保護入院」していること。
- (3) 入院患者及びその入院患者と住民票上同じ世帯に属する世帯全員の申請年度(4月～6月に申請する場合は前年度)の市民税所得割額を合算した額が10万4,400円以下であること。
 ※ 指定都市における標準税率の税制改正が行われる前の、標準税率(6%)の金額を用いて判断します。なお、税制改正に伴う18歳以下の扶養控除廃止はなかったものとして、税制改正前の控除の考え方を用います。また、横浜市寡婦(夫)控除のみなし適用に関する実施要綱の規定に基づき、みなし適用の該当が認められた者については、該当する控除額を用います。

2 支給要件 (次の全てを満たす月に支給します)

- (1) 同じ病院に、月に20日以上入院していた場合。
- (2) その月の医療費(食事療養費を除く)の自己負担額が1万円以上の場合。

3 申請方法 (次の必要書類を、郵送にてご送付ください)

申請書を横浜市が受理した月から対象となります。それ以前のご入院に対しての助成はできませんのでご了承ください。

※ 同月に20日以上ご入院の見込みがある場合は、ご入院日以降いつでもお手続きいただけます。

必要書類	詳細	取得窓口
申請書		入院先の病院又は健康福祉局こころの健康相談センター及び各区高齢・障害支援課
住民票【有料】	患者を含む世帯全員のもの (続柄の記載要、本籍地及び個人番号の記載不要)	横浜市内の区役所戸籍課又は行政サービスコーナー
申請年度の市・県民税(非)課税証明書【有料】 4月から6月までの申請は、前年度分の証明書	患者を含む世帯全員(15歳以上)のもの ※ただし、税法上、同一世帯のいずれかの方には扶養されている事が確認できる方については、扶養されている方の証明書は不要です。	1月1日時点の住所地の市区町村窓口 (上記時点で横浜市以外の指定都市に住所を有していた方は、標準税率(6%)における市町村民税額が記載された証明書を取得してください。) 1月1日時点で横浜市民の方は、市内の区役所税務課又は行政サービスコーナー

※ ご本人様以外が住民票及び(非)課税証明書を取得される場合、委任状が必要です。詳細は取得窓口へお問い合わせください。

【送付先】

〒231-0005
 神奈川県横浜市中区本町2丁目22番地 京阪横浜ビル10階
 横浜市健康福祉局 こころの健康相談センター 入院医療援護金担当 宛

4 お問い合わせ先

横浜市健康福祉局 こころの健康相談センター 相談援助係
 TEL 045-671-2415 / FAX 045-662-3525

裏面あり

5 申請にあたっての注意事項

申請が出来る方は、ご入院されている ご本人、扶養義務者（配偶者、父母、子、兄弟姉妹、祖母、孫、曾祖父母、曾孫） もしくは 成年後見人等 のいずれかです。扶養義務者に該当する方がおらず、ご親族等が申請される場合は、申請者はご本人としてご記入下さい。その場合は、点線内に実際に申請書を記入された方の氏名、住所、連絡先、続柄をご記入下さい。書類不備等でご連絡する場合があります。

成年後見人等が申請される場合は、登記事項証明書の写しを添付して下さい。

申請から認定までの流れ

申請書を受理した翌月中旬に「横浜市精神障害者入院医療援護金助成認定書」を入院先の病院から申請者へお渡しするか、横浜市から申請者へ直接郵送します（入院先の病院によって異なります）。また、対象要件を満たさない等、認定にならなかった場合は「横浜市精神障害者入院医療援護金審査結果通知書」を送付します。

病院を介さずに個別に横浜市へ援護金を請求される方は、助成認定書と一緒に援護金の請求のご案内及び関係書類を同封いたしますので、そちらをご確認ください。（病院へ請求及び受領を委任されている方は、請求手続きは不要です。）

※ 認定後病院を転院される場合は、再度お手続きが必要です。詳しくは担当までお問い合わせください。

住民票、市・県民税（非）課税証明書については、次の区役所、行政サービスコーナーでお取りください。

【 区役所 】

区役所名	電話番号（代表）	区役所名	電話番号（代表）
鶴見区役所	045-510-1818	金沢区役所	045-788-7878
神奈川区役所	045-411-7171	港北区役所	045-540-2323
西区役所	045-320-8484	緑区役所	045-930-2323
中区役所	045-224-8181	青葉区役所	045-978-2323
南区役所	045-341-1212	都筑区役所	045-948-2323
港南区役所	045-847-8484	戸塚区役所	045-866-8484
保土ヶ谷区役所	045-334-6262	栄区役所	045-894-8181
旭区役所	045-954-6161	泉区役所	045-800-2323
磯子区役所	045-750-2323	瀬谷区役所	045-367-5656

【 行政サービスコーナー 】

場 所	電話番号	場 所	電話番号
鶴見駅西口	045-586-0975	新横浜駅	045-475-1301
横浜駅	045-453-2525	日吉駅	045-565-0013
上大岡駅	045-848-0171	あざみ野駅	045-903-8291
港南台	045-835-2664	戸塚	045-862-6641
二俣川駅	045-366-6615	東戸塚駅	045-825-4994

横浜市精神障害者入院医療援護金助成申請書		新規
(ふりがな)		生 年 月 日
入院患者氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日
入院患者住所		
入院先の病院名 県外は所在地も記入		
前回入院先病院名 ※1	認定番号 ()	
入 院 日	年 月 日	入 院
健康保険種別	社保(本人)・ 社保(家族)・ 国保 ・ 後期高齢 ・ その他()	
入 院 形 態	任 意 入 院 ・ 医 療 保 護 入 院	
申請者氏名 及び印 ※2	入院医療援護金の請求及び受領を病院長に委任します。 申請者氏名 印	
<p>私は、上記のとおり、横浜市精神障害者入院医療援護金の助成を申請します。 また、この申請において提出した書類を審査する際、横浜市が必要に応じて世帯全員の税情報及び住民記録情報 を確認することについて、世帯を代表して同意します。</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所： _____</p> <p>申請者氏名： _____</p> <p>患者との続柄： _____ ※3</p> <p>電 話 番 号： _____</p>		
		<p>【この欄は、※3に該当する続柄以外の方が申請書を代筆された場合、ご記入ください】</p> <p>住所： _____</p> <p>代筆者氏名： _____</p> <p>患者との続柄： _____</p> <p>電話番号： _____</p>

※1 同一年度内で既に援護金の認定を受けている場合にご記入をお願いします。

※2 申請者が援護金の請求及び受領を病院長に委任する場合は記入してください。氏名を申請者本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

※3 申請を行うことが出来る方は、入院されている本人又は直系3親等内の親族(配偶者・兄弟・父母・子・祖父母・孫・曾祖父母・曾孫)の方に限ります。成年後見人等が申請される場合は、関係性の分かる書類の写しを添付してください。

見本

横浜市精神障害者

助成申請書

新規

(ふりがな)	よこはま たろう	生年月日
入院患者氏名	横浜 太郎	明・大 昭・平・令 15 年 1 月 1 日
入院患者住所	横浜市中区本町6-50-10	
入院先の病院名 県外は所在地も記入	〇〇病院	
前回入院先病院名 ※1	不明な場合は、空欄のままで結構です。 認定番号 ()	
入院日	令和3年4月1日	再入院されている場合は、直近の日付をご記入ください。
健康保険種別	社保(本人)・社保(家族)・国保・後期高齢・その他()	
入院形態	任意入院・医療保護入院	
申請者氏名 及び印 ※2	入院医療支援金の請求及び受領を病院長に委任します。 申請者氏名 _____ 印 _____	

私は、上記のとおり、横浜市中区本町6-50-10に在住し、申請者の代わりに請求及び受領を行っている病院に入院されている方で、代理の請求及び受領を委任する場合は、左下欄「申請者氏名」と同じ氏名で記名及び押印をお願いします。(自署の場合は押印省略可)

申請日 令和3年4月1日

こちらは従兄弟・甥姪・叔父叔母等、※3に該当する続柄以外の方が申請書を代筆された場合にご記入ください。

〒231-0005
横浜市中区本町2-22
住 所: 京阪横浜ビル10階

申請者氏名: 横浜 花子
患者との続柄: 娘 ※3
電話番号: 045-671-2415

【この欄は、※3に該当する続柄以外の方が申請書を代筆された場合、ご記入ください】

住所: _____
代筆者氏名: _____
患者との続柄: _____
電話番号: _____

- ※1 同一年度内で既に支援金の認定を受けている場合にご記入をお願いします。
- ※2 申請者が支援金の請求及び受領を病院長に委任する場合は記入してください。氏名を申請者本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。
- ※3 申請を行うことが出来る方は、入院されている本人又は直系3親等内の親族(配偶者・兄弟・父母・子・祖父母・孫・曾祖父母・曾孫)の方に限ります。成年後見人等が申請される場合は、関係性の分かる書類の写しを添付してください。