

相模原市精神障害者入院医療援護金支給申請書兼同意書

年 月 日

相模原市長 あて

郵便番号 _____

住 所 相模原市 _____

申 請 者 氏 名 _____ (印)

入院患者との続柄 _____ 電 話 _____

次のとおり精神障害者入院医療援護金の支給を申請します。

本申請に当たり相模原市が必要に応じて入院患者及び世帯員の住民票、市民税の課税状況及び入院患者の相模原市医療費条例に基づく助成状況について確認することに同意します。

入院患者氏名	(印)	生年月日	年 月 日
入院患者住所	相模原市		
入院患者 家族氏名 <small>(申請者が家族の場合、申請者は除く)</small>	① 住所： 同 上 氏名： (印)	② 住所： 同 上 氏名： (印)	(印)
	③ 住所 同 上 氏名： (印)	④ 住所： 同 上 氏名： (印)	(印)
保 険 等 種 別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険（本人・家族） <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自費		
入院医療援護金の受領	<input type="checkbox"/> 入院している病院の病院長に委任する。 <input type="checkbox"/> 入院している病院の病院長に委任しない。		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 課税証明書（本市で課税されている方は提出を省略することができます。） <input type="checkbox"/> 支払金口座振替依頼書、通帳のコピー <small>(援護金の受領を入院している病院の病院長に「委任しない」場合のみ添付してください。)</small>		
被 保 険 者 証	保険者名称	記号番号	
		付加給付	有 無
入院先病院名及び所在地			
入院年月日	年 月 日		

市 記 入 欄	住民税所得割税額・本人分		手帳申請	有 ・ 無
	住民税所得割税額・扶養義務者分		手帳所持	有 (1・2・3) ・ 無
	住民税所得割税額合計		重度障害者医療費助成	有 ・ 無
	認定番号	<input type="checkbox"/> 年 月分から認定する。 <input type="checkbox"/> 申請を却下する。(理由 _____)		

【精神障害者入院医療援護金制度の申請に当たっての留意点について】

○対象となる人（次のすべてを満たしている人）

- 1 相模原市に住民登録があること。
- 2 精神科病院もしくは一般病院の併設精神科病棟に「任意入院」または「医療保護入院」していること。
- 3 世帯全員の申請年度(4月から6月までの間に申請する場合は前年度)の市町村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。

※非婚ひとり親のご家庭の場合、寡婦(夫)控除みなし適用を申請できます。

※申請年度(4月から6月までの間に申請する場合は前年度)の1月1日に指定都市に住所があった場合、旧地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率(6%)により算定された額を用います。

- 4 医療費の自己負担額が月額1万円以上であること。

※健康保険各法に基づく家族療養費の付加給付がある場合は、これを除いた額が自己負担額です。

「付加給付」とは、被保険者が各診療月において療養に要する費用として支払った自己負担金の一部還元について、各健康保険組合等が独自に定めているもので、それぞれの健康保険組合等によって異なります。

※相模原市医療費助成条例等に基づき医療費の自己負担がない方は対象になりません。

○申請書兼同意書には下記の書類を添付してください。

1 市町村民税の額を証明する書類

※申請年度(4月から6月までの間に申請する場合は前年度)の1月1日に本市に住所があった場合、提出を省略することができます。

- ・住民票に記載されている方のうち、15歳以上の方全員の市町村民税所得割の額を証明する、市町村民税(非)課税証明書又は市町村民税納税通知書。
- ・市町村民税(非)課税証明書又は市町村民税納税通知書に被扶養者・控除対象配偶者として記載がある方については、課税証明書等の提出は不要です。

2 支払金口座振替依頼書及び預金通帳等のコピー

- ・援護金の受取り方法について、指定口座への直接払いを希望する場合に提出が必要です。
- ※すでに相模原市に口座登録がある場合は提出不要です。

支給申請が認定された場合の入院医療援護金の支給始期は、原則として申請書の提出月からになります。申請書提出月の入院が20日に満たない場合は、申請書提出月の翌月からの支給になります。

<申請窓口及びお問い合わせ先>

相模原市健康福祉局福祉部 精神保健福祉課 電話：042-769-9813

窓口提出の場合	郵送による提出の場合
相模原市中央区富士見6-1-1	〒252-5277
ウェルネスさがみはらA館4階	相模原市中央区中央2-11-15