

|      |  |
|------|--|
| 所得税額 |  |
| 審査結果 |  |
| 認定番号 |  |

# 精神障害者入院医療援護金交付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

郵便番号 -

申請者住所

氏 名 印

患者との続柄 ( ) ※1

電話番号

次の者の上記援護金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
 また、この申請にあたり審査に必要な個人情報について、県が調査することに同意します。

|                                  |      |   |      |                     |  |
|----------------------------------|------|---|------|---------------------|--|
| (ふりがな)                           |      |   |      | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日生 |  |
| 患者氏名                             |      |   |      |                     |  |
| 患者住所                             |      |   |      |                     |  |
| 被保険者等の別                          |      | * 健保(本人)・健保(家族)・国保・後期・生保・自費   |      |                     |  |
| 被保険者証                            | 発行機関 | 所在地   | 記号番号 | ※後期の方は被保険者番号        |  |
|                                  |      | 名称  | 附加給付 | * あり なし             |  |
| 入院先の病院名<br>*県外の場合は、病院所在地も記入すること  |      |   |      |                     |  |
| 入院年月日                            |      | 年 月 日   |      |                     |  |
| 申請者署名<br>*援護金の受領を病院に委任するための署名欄※2 |      | 入院医療援護金の受領を病院に委任します。<br>(病院の代理署名の場合は病院所属・担当職員名を併記すること)<br><br>申請者署名 |      |                     |  |

※1 申請を行うことが出来る方は、患者本人又は配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫)もしくは成年後見人等に限ります。

※2 受領を委任できる病院とできない病院がありますので、不明な場合は病院にご確認ください。  
 \*被保険者等の別、附加給付の欄は、該当のところを○で囲んでください。

添付書類：この申請には、次の書類を添付してください。

- (1) 世帯全員の住民票
- (2) 所得税の証明書

(備考) 氏名を患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。

入院日までの遡り認定はしておりません。支給始期は、申請書提出月又は翌月からとなります。

## 神奈川県入院医療援護金制度を利用される方へ

### 1 入院医療援護金を受けるためには、次の条件を満たしていることが必要です。

- (1) 神奈川県内（政令指定都市である横浜市、川崎市及び相模原市を除く）に本人（入院患者）の住所があること
- (2) 精神科病院もしくは一般病院の併設精神科病棟に現に入院していること（**退院してからの申請はできません。**）
- (3) 入院患者及びその入院患者と同一の世帯に属する世帯員全員の前年分の所得税額を合算した額が87,000円以下であること
- (4) 医療費の自己負担額が月額10,000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。

「附加給付」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、各健康保険組合が独自に定めているもの」で、それぞれの健康保険組合によって異なります。たとえば、国民健康保険組合は「なし」になります。

- ・申請者は扶養義務者または患者本人に限られますが、成年後見人等に当たる方は証明書等の写し（3ヶ月以内に証明されたもの）を添付することで申請が可能です。
- ・市町村で障害者医療費助成制度（通称マル障）等を利用して、医療費の自己負担がない方は対象になりません。（窓口で一度、医療費の支払いをして、市町村で医療費の払い戻しの手続きをされる方も同様です。）

### 2 入院医療援護金の支給について

- (1) 月の初日から末日まで入院した場合に月額10,000円を支給いたします。

### 3 申請書には下記の書類を添付してください。

#### (1) 「世帯全員」と証明された住民票

- ・マイナンバー＝個人番号の記載がされていないもの
- ・続柄は省略しないもの

#### (2) 所得税額を証明する書類

- ・上記1の住民票に記載されている方で、15歳以上の方全員の最新年度の所得税額を証明する下記のような書類

#### 《所得税の確定申告をされている方》

（自営業の方、給与所得と合算する所得のある方、所得税の還付申告をされた方など）

→税務署の受付印のある確定申告書の控えの写し（第一表・第二表をコピーしてください。）

#### 《給与所得、年金所得のある方で所得税の確定申告をされていない方》

→勤務先からの給与所得の源泉徴収票の写し、

日本年金機構等からの「公的年金等の源泉徴収票」（はがき）の写し

（ただし、複数種類の年金を受給されている場合はすべての源泉徴収票の写しが必要です。）

#### 《所得はあるが、上記の書類を提出できない方》

→住民税の課税証明書（扶養控除額等の記載があるもの）又は非課税証明書

（3ヶ月以内に証明されたもの）

#### 《所得のない方》

→住民税の非課税証明書（3ヶ月以内に証明されたもの）、学生証の写しなど

※上記書類を提出される方の被扶養者（控除対象配偶者等）になっている方で、提出される書類に扶養等の記載があれば、それで証明となるので書類を提出する必要はありません。

### ○ 書類がそろいましたら、申請書の全ての欄に記入のうえ、送付してください。

送付先 〒231-8588 横浜市中区日本大通1

神奈川県健康医療局保健医療部 がん・疾病対策課 精神保健医療グループ

問合せ先 電話 (045) 210-1111 (代表) 内線4730