

(第1号様式)

審査欄 (記入不要)

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

【申請者情報】

申請者住所	〒	電話番号	
申請者氏名		患者との続柄	

※ 申請を行うことができる方は、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。

【代筆者情報】

代筆者住所	〒	電話番号	
代筆者氏名		患者との続柄	

※ 申請者に該当する方がいない場合は、申請者情報は入院患者の情報を記載したうえで、代筆者情報についても記載をお願いします。

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
患者氏名		年 月 日生
患者住所		
入院先の病院名 *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 *援護金の受領を病院に委任するための署名欄	入院医療援護金の受領を病院に委任します。* (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) 申請者署名 _____	

※ 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。

**世帯全員の住民票 と 世帯全員(15歳以上)の所得税証明書類
を申請書と一緒に提出ください。**

1か月以上の入院が見込まれる場合は、入院後すぐに申請してください。

入院日までの遡り認定はしません。申請が遅れると、その分支給金額が減る可能性があります。

神奈川県入院医療援護金制度を利用される方へ

1 対象となる方 次の条件を全て満たしている方

- 神奈川県内(横浜市・川崎市・相模原市を除く)に入院患者本人の住所があること
- 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(※入院前・退院後は不可)
- 入院患者・入院患者と同世帯の全員の前年分所得税額合計が 87,000 円以下であること
- 医療費の自己負担額が月額 10,000 円以上であること(※差額ベッド代を除く)

- 市町村で障害者医療費助成制度(通称マル障)等を利用し、自己負担がない方は対象外です。
(医療費の支払い後、市町村で払い戻しの手続きをされる方も対象外です)
- 健康保険組合によっては、付加給付制度(高額医療費に上乗せして医療費を払い戻してくれる制度)があります。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。

2 申請できる方

患者本人、配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫)、成年後見人等
成年後見人等に当たる方は証明書等のコピー(3ヶ月以内に証明されたもの)を添付してください。

3 支給金額

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。

4 申請方法 申請書と次の書類を提出してください

- 「世帯全員」の住民票 (単身でも「世帯一部」ではなく「世帯全員」の住民票を取得してください)

続柄 → 記載あり マイナンバー(個人番号) → 記載なし

- 世帯全員(15歳以上)分の所得税額を証明する書類
世帯全員(15歳以上)分の最新年度の書類を提出してください

例 本人(50歳)⇒必要
妻(45歳) ⇒必要
子(13歳) ⇒不要

- 確定申告をした方
確定申告書(第一表・第二表)の控えのコピー
- 給与所得・年金所得があり、確定申告をしていない方
給与所得の源泉徴収票のコピー or
公的年金等の源泉徴収票(はがき)のコピー(複数の年金を受給している場合は全てのコピー)
- 所得があるが、上記の書類を提出できない方
住民税の課税証明書(扶養控除額に記載があるもの) or 非課税証明書(発行3カ月以内)の原本
- 所得がない方
住民税の非課税証明書の原本(発行3カ月以内)
※被扶養者で、他の書類に扶養等の記載がある場合は、提出は必要ありません。

送付先 〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県 がん・疾病対策課 精神医療グループ
問合せ先 TEL(045)210-1111 内線 4730