

**ご記入時の注意**

所得税課	
審査結果	
認定番号	記入した 日を入れてください

① 提出は入院後速やかにお願いたします！  
当該援護金制度は申請書が県に届いた当月または翌月からの認定（支払）となります。ご了承ください。  
【重要】援護金は重度障害者医療費助成制度（通称マル障医療証）を入院時でも利用できる方は対象外です。申請の前にご確認ください。

**金交付申請書**

年 月 日

号 □□□ - □□□□

② 添付書類にご注意ください！（3ヶ月以内に発行されたもの）  
1. 「世帯全員」の記載であることが証明された住民票（続柄の入ったもの）  
2. 住民票の構成員全員分の税（控除記載のあるもの）の証明書（所得証明書は不可。年金源泉徴収票はすべての種類の写し）（詳しくは申請書裏面を参照ください）

患者との続柄（ ）※1

連絡可能な配偶者、扶養親族（親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫）、成年後見人等を申請者としてください。申請者＝患者様の場合、枠外に連絡の付く方のお名前・住所・電話番号・続柄を記載ください。書類不備等の場合、ご連絡する場合があります。

次の者の上記援護また、この申請とに同意します。

を添えて申請します。いて、県が調査するこ

(ふりがな)				明・大・昭・平・令 年 月 日生	
患者氏名		所在地は被保険者の別が国民健康保険（国保）該当で、住民票と同じ市町村発行ならば記入の必要はありません。名称に該当市町村名のみ記入ください。			
患者住所				国保・後期 ※後期の方	
被保険者等の別		* あり なし		* あり なし	
被保険者証	発行機関	所在地名称	記号番号		
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			

追加給付が「あり」になる可能性があるのは健保・国保の業種組合の場合のみ

「病院払い」が可能な病院（＝月々、認定された患者様分を一括して病院が請求し、病院を通して各患者へ支払う方法）で「病院払い」を希望される場合は、申請者様の署名が必要です。

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

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

※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、追加給付の欄は、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

**必ず申請書の裏面をお読みになり、ご了承の上ご申請ください。**

六既日よてり選り認定はしておりまされ。又相相効は、申請書提出日より又は翌月からとなりま