精神障害者入院医療援護金交付要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）に基づき入院している精神障害者に、その医療費の一部を扶助することにより、適正医療の普及をはかるため入院医療援護金（以下「援護金」という。）を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

（実施機関）

第２条　県が実施主体となり医療機関及び関係団体等の協力を得て実施する。

（援護金交付対象者）

第３条　援護金を受けることのできる者は、次の要件のすべてを満たす者とする。

（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）に住民登録がある者

（２）　精神科病院もしくは一般病院の併設精神科病棟（以下「病院」という。）に精神保健福祉法に基づき入院している精神障害者（以下「入院患者」という。）であって、措置入院患者並びに生活保護法、その他の法律、自治体の行う各種医療費助成施策に基づき医療費（健康保険法または介護保険法の規定による額の算定方法の例により算定された額）が全額負担されている患者以外の者

（３）　同一の病院に月の初日から月の末日まで入院している者

（４）　第１号及び第２号に定める入院患者及びその入院患者と同一世帯に属する世帯員全員の前年分の所得税を合算した額が８万７千円以下の者。ただし、同一世帯に２人以上の入院患者がいるときは、入院患者数に８万７千円を乗じて得た所得税額以下の者

（５）　医療費の自己負担額が月額１万円以上のもの。ただし、この自己負担額の算定については、健康保険各法に基づく家族療養費の附加給付額を除いた額とする

（援護金の額）

第４条　援護金の額は、１人１か月当たり１万円とする。

（援護金の申請）

第５条　援護金の受給を希望する入院患者又はその申請者は、精神障害者入院医療援護金交付申請書（第１号様式。以下「申請書」という。）に、次の書類を添えて神奈川県知事（以下「知事」という。）あて提出するものとする。

（１）　３ヶ月以内に証明された世帯全員の住民票の写し（原本）

（２）　世帯全員（15歳未満の者は除く。）の前年分の所得税を証明する書類

２　申請者は入院患者本人または扶養義務者に限る。ただし、入院患者の成年後見人・保佐人・補助人等に該当する者は、入院患者の受益権を代行する権利を有する証明をもって申請者として認める。

３　申請者は、援護金の代理受領を行っている病院に限り、申請書の委任欄へ署名することにより病院に援護金の受領を委任することができる。

（援護金の認定）

第６条　知事は前条の申請書の提出を受けたときはその内容を審査し、援護金受給資格の認否についての決定を行い、精神障害者入院医療援護金交付認定書（第２号様式）又は精神障害者入院医療援護金審査結果通知書（第３号様式）により申請者に通知するものとする。

２　知事は、援護金の受領を病院に委任した申請者の申請の審査結果については、当該病院長に対し、精神障害者入院医療援護金交付対象者決定書（第４号様式の１）により通知するものとする。

３　援護金交付対象者の認定の効力は、年度が終了したとき、入院患者が転退院したとき又は第３条第１号及び第２号に該当しなくなったとき消滅するものとする。ただし、３月の認定者については、翌年度終了まで認定の効力が継続するものとする。また、転退院については以下の場合を除く。

（１）　転院が知事の指示による場合

（２）　転退院後、同一年度内（３月の認定者は翌年度内まで）に再び同じ病院に入院した場合

（援護金の受領を病院に委任した入院患者に対する支給）

第７条　知事は、援護金の受領を病院に委任した入院患者の支給に当っては、精神障害者入院医療援護金入院期間等の通報書（第４号様式の２－１）により病院長から通報された事項に基づき支給の可否を決定し、精神障害者入院医療援護金支払認定通知書（第４号様式の２－２）により病院へ通知するとともに支払対象となる入院患者の援護金を病院に支給する。

２　病院は、前項により支給対象となった入院患者に対し、知事が病院に支払った日から１か月以内に支給する。ただし、病院は、受領した援護金を当該入院患者の医療費に充当することができる。

３　第５条第３項により申請者から援護金の受領の委任を受けた病院は、前項により受領した援護金が入院患者に支給されるまでの一切の責任を負う。

４　知事は、第７条第１項により援護金の支給を受けた病院に対し、入院患者へ適正な支給が行われているか調査を行うことができる。

５　援護金の支給を受けた病院は、死亡その他の理由により、入院患者への支給が困難となった場合には、協議の上、知事に返還するものとする。

６　病院は、精神障害者入院医療援護金入院期間等の通報書（第４号様式の２）に過誤があった場合、当該援護金を知事に返還するものとする。

７　病院は、援護金関係の書類について10年間整備保存するものとする。

（援護金の受領を病院に委任しない申請者に対する援護金の支給）

第７条の２　援護金の受領を病院に委任しない申請者にあっては、当該入院患者の入院している病院長が発行する精神障害者入院医療援護金入院期間等の証明書（第５号様式）に必要事項を記入し３か月ごとに提出するものとする。

２　知事は、前項の入院患者の援護金の支給に当っては、提出された精神障害者入院医療援護金入院期間等の証明書（第５号様式）に基づき支給の可否を決定する。

３　精神障害者入院医療援護金入院期間等の証明書（第５号様式）に過誤があった場合、入院患者は当該援護金を知事に返還するものとする。

（援護金支給の始期および毎月の援護金の支給時期）

第７条の３　援護金の支給は、申請書の提出のあった月分から支給する。ただし、申請書の提出のあった月が、第３条第３号に該当しない場合は、申請書の提出のあった翌月からの支給とする。

（帳簿の整備）

第８条　知事は、精神障害者入院医療援護金交付台帳（第６号様式）を備え支給決定にかかわる事項を記載し、10年間整備保存するものとする。

（文書料）

第９条　知事は、第７条に定める通報書の作成等にかかる文書料を病院に支払うものとする。文書料は、援護金交付対象者１人につき月額500円とする。

（その他）

第10条　この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附　則

この要綱は、昭和４８年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、昭和４８年１０月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、昭和４９年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、昭和５２年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、昭和６１年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成元年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成８年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成１４年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、平成１６年２月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、平成１７年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、平成１９年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成２３年４月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成２５年２月１日から施行する。

　　　附　則

　この要綱は、平成２７年２月１日から施行する。

　　　附　則

この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、令和元年５月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、令和２年３月１日から施行する。

附　則

　この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

　　　附　則

この要綱は、令和３年11月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和５年３月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和６年３月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和７年３月１日から施行する。

（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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 郵便番号　　　　 －

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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  　　　　年　　月　　日生 |
| 患　　者　　氏　　名 |  |
| 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。※２  (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 | |

**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**

**を申請書と一緒にご提出ください。**

※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。

**支給を開始する時期は、申請書を提出した月 または その翌月 からとなりますので、**

**入院後すぐに申請してください。**

**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。**

（第２号様式）

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |

　　年　　月　　日

（別添交付対象者決定書のとおり）様

神奈川県知事　　黒岩　祐治

　　　　　　　　（　公　印　省　略　）

精神障害者入院医療援護金交付認定書

　　年　　月　　日付けで申請のあった標記のことについて（　　年度及び）　　年度精神障害者入院医療援護金交付対象者として認定します。

　交付対象月は　　年　　月分から 　　年３月分です。

　この期間内の月額入院医療費の自己負担額が１万円以上で、月の初日から末日まで入院した場合、月額１万円を支給します。

　その他については、精神障害者入院医療援護金交付要綱に定めるとおりとします。

　この認定書の有効期限は　　年３月３１日までです。

　なお、退院や転院をされたり県域外に転居された場合、この認定は無効となります。ただし、同一年度内に同じ病院に再入院した場合などは除きます。

県外や県内の政令指定都市に転居された場合は、直ちに下記の問い合わせ先に御連絡をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問合せ先

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　045-210-1111　内線4729･4730

（第３号様式）

　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　月　　日

（申請者）　　　　　様

神奈川県知事　　黒岩　祐治

（　公　印　省　略　）

精神障害者入院医療援護金審査結果通知書

　先日申請された　（患者名）　様の精神障害者入院医療援護金については、次の理由により支給できませんので、通知します。

（不認定の理由を記載）

問合せ先

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　045-210-1111　内線4729･4730

（第４号様式の１）

精神障害者入院医療援護金交付対象者決定書

　　年　　月　　日

　　（病院長）　　殿

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長

　（　公　印　省　略　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定番号 | 氏　名 | 支給対象月の始期 |
| 年　　月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（第４号様式の２－１）

精神障害者入院医療援護金入院期間等の通報書

　　年　　月　　日

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長殿

病院名

院長名

（　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 | 患者氏名 | 当月分  入　院  日　数 | 医療費月額  （自己負担額）  (円) | 備考  (転院日・退院日・重度障害者医療費助成制度適用者・保険区分の変更等についてはその旨記入) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

**※　ここでいう医療費月額とは、保険治療に該当する自己負担額であり、差額ベッド代・食事代・付加給付等を除いた額とする。**（第４号様式の２－２）

精神障害者入院医療援護金支払認定通知書

　　年　　月　　日

（病院長）　　　　　殿

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長

（　公　印　省　略　）

（　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 | 患者氏名 | 当月分  入　院  日　数 | 医療費月額  （自己負担額）  (円) | 備考  (転院日・退院日・重度障害者医療費助成制度適用者・保険区分の変更等についてはその旨記入) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

（第４号様式の２－３）

精神障害者入院医療援護金入院期間等の通報書

（病院控）

　　年　　月　　日

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長殿

病院名

院長名

（　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 | 患者氏名 | 当月分  入　院  日　数 | 医療費月額  （自己負担額）  (円) | 備考  (転院日・退院日・重度障害者医療費助成制度適用者・保険区分の変更等についてはその旨記入) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |

（第５号様式）

**精神障害者入院医療援護金入院期間等の証明書**

年　　月　　日

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長名

以下のことについて相違ないことを証明します。**（※必ず医療機関の方がご記入ください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者　氏　名 | | |  | | |
| 入院した期間 | | | | 医療費月額  （自己負担額） | 備考  **（期間中の退院、転院、再入院・重度障害者医療費助成制度適用者等について記入）** |
| 年　月 | | | 期　間 |
| 令和３年 | ４ | 月 | 日間 | 円 |  |
| 令和３年 | ５ | 月 | 日間 | 円 |  |
| 令和３年 | ６ | 月 | 日間 | 円 |  |
| **※　医療費月額は、健康保険法、または介護保険法の例により算定された額のうち、自己負担分（自己負担額の算定については、健康保険各法に基づく家族療養費の付加給付額を除いた額）を記入してください。食事療養費は含めないでください。**  **※　各種医療費助成制度を利用されていて自己負担がない方は対象になりません。（窓口で一度支払をした後、市町村で払い戻しを受ける方も同様です。）** | | | | | |

**以下は申請者が記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者の現在の 住民票の住所 | （〒　　　　　　） |
| 振込先口座 | 銀　行　　　　　　　　　支　店　 　　普通・当座  口座番号  （フリガナ）　 　　（フリガナ）  　名義人　　 （氏　　名） |
| 申請者氏名 | （患者との続柄）　　（電話番号） |
| 申請者住所 | （〒　　　　　　） |

**※ 振込先口座は患者名義とします。ただし口座凍結等の事情がある場合には、以下問合せ先までご連絡ください。**また、この証明書に記載の事実に過誤があった場合、返還請求することがあります。

〇 問合せ先：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

電話(045)-210-1111（代表）内線4730

　（第６号様式）

精神障害者入院医療援護金交付台帳

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定番号 | 氏　　　名 | 入　院年月日 | 認定月 | 援　　護　　金　　交　　付　　月 | | | | | | | | | | | | 備　　考 |
| 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | ８月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |