

認定開始	月から
所得税額	可 ・ 不可
認定番号	

川崎市精神障害者入院医療援護金支給申請書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

(〒 -)

申請者住所

氏名

患者との続柄 ()

電話番号 (- -)

※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。続柄は正確に表記してください。

次の者の上記援護金の支給を受けたいので、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、市が調査することに同意します。

(ふりがな)				大正		昭和		年		月		日生		平成		
入院患者氏名																
※1 被保険者等の別				健保(本人)		・ 健保(家族)		・ 国保		・ 後期高齢		・ 自費				
※2 被保険者証	発行機関	所在地			記号番号 (被保険者証番号)	国保	50-		国保以外							
		名称					※3 附加給付	あり		・ なし						
※4 其他医療費助成制度の利用 該当するものに○をつけてください				※7 重度障害者		・ ひとり親家庭等		・ その他()		・ なし						
※5 手帳の交付有無 該当するものに○をつけてください				精神障害者保健福祉手帳(級)		・ 身体障害者手帳(級)		療育手帳(等級)		・ なし						
入院先の病院名 (ただし市外の場合はその所在地も記入してください)																
入院年月日		年 月 日		入院		(年 月 日		病院へ転院)								
退院年月日		年 月 日		退院		・ 入院中										
援護金の受領を委任する場合 その病院名																

※1 被保険者等の別の欄は、御加入中の健康保険について該当するものを○で囲んでください。

※2 被保険者証の欄は、お持ちの健康保険被保険者証の名称、及び所在地を記載してください。

なお川崎市発行の国民健康保険被保険者証をお持ちの方は、名称を「川崎市」、所在地を「〇〇区」と記載してください。後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は、名称を「神奈川県後期高齢者医療広域連合」、所在地を「横浜市」と記載してください。

※3 附加給付の詳細につきましては、裏面下方の「附加給付について」を御参照ください。

※4 入院医療援護金制度以外の医療費助成制度を利用されている方で、入院医療費(保険診療分)の自己負担がかからない方は、入院医療援護金の支給対象者ではありませんので御注意ください。(保険診療分以外の差額ベッド代などは、当制度においては医療費とみなしません。)

※5 手帳をお持ちでない場合は、「なし」に○をつけてください。

※6 申請時点で患者が亡くなっている場合は、支給対象になりません。※7 利用している場合、医療証の写しの添付が必要です。

添付書類:この申請には、次の書類を添付してください。(詳細については裏面を御確認ください。)

- (1) 世帯全員の住民票
- (2) 所得税額の証明書(15歳以上の方全員分)
- (3) 援護金の受領を病院に委任する場合は、受領に関する委任状
- (4) 申請者が法定代理人の場合は、それを証明する書類(写し)
- (5) 重度障害者医療費助成制度をご利用の方は医療証(写し)

裏面も必ずご確認ください

川崎市精神障害者入院医療援護金制度のご案内

次の要件を全て満たしている方に、入院医療援護金(月額1万円)を助成します。

- ◆ 入院患者の住所が川崎市内にあること。(川崎市の住民票が発行できること。)
- ◆ 精神科病院、又は一般病院の併設精神科病棟に入院していること。
- ◆ 入院患者、及び、入院患者と同一の住民票上に氏名の記載がある15歳以上の世帯員全員の前年分の所得税額を合算した額が8万7千円以下であること。
- ◆ 医療費(保険診療分)の自己負担額が月額1万円以上であること。
- ◆ その他医療費助成制度利用により、医療費(保険診療分)の自己負担額が給付されていないこと。
- ◆ 月をまたがず、1か月につき20日間以上の入院期間があること。

※こちらの制度は毎年度ごとに申請が必要です。毎年、年度末に申請締め切りを設けておりますので御注意下さい。

添付する関係書類について

- 1 世帯全員の住民票 (複写不可、3か月以内に発行されたもの)
入院されている方の氏名が記載されている「世帯全員の」と証明された住民票。

- 2 所得税額の証明書

世帯全員の住民票に氏名が記載されている方で、15歳以上の方全員の所得税額を証明する以下のいずれかの書類。

(1) 所得のある方(ア～ウの中から該当するものを提出してください。)

ア 確定申告をしている方は、令和5年分の「確定申告書(第一表、第二表)」の写し
(税務署の受付印があるもの、または受信通知・送信票を併せて提出してください。)

イ 会社員等の給与所得のある方は令和5年分の「源泉徴収票」の写し

ウ 年金生活者の方は令和5年分の「公的年金等の源泉徴収票」の写し
(複数種類の年金を受給されている場合は、全ての源泉徴収票の写しが必要です。)

(2) 所得のない方(エ～オの中から該当するものを提出してください。)

エ 上記の(1)所得のある方 の各証明(ア～ウ)に扶養親族として氏名の記載のある方は、御本人の証明書は不要です。所得のある方は、いずれかの証明を提出してください。

オ ア～エのいずれにも当てはまらない方は、申請年度の市民税・県民税の「非課税証明書」
(複写不可、3か月以内に発行されたもの)

(注:「課税額証明書」や「非課税証明書」でも総所得金額に数字が入っているものは不可)

※最新の市民税・県民税の「非課税証明書」が発行される令和6年6月以前に申請される方は、前年度の市民税・県民税の「非課税証明書」を提出してください。その後、最新の市民税・県民税の「非課税証明書」が入手出来次第、追加で提出してください。

- 3 援護金の受領に関する委任状

支給される援護金について、入院している病院に受領を委任する場合のみ必要となります。
※ ただし、受領について委任を受けていただける病院に限ります。

- 4 申請者が法定代理人の場合は、それを証明する書類(写し)

法定代理人が申請者となる場合のみ提出してください。

- 5 重度障害者医療費助成制度を利用している場合は医療証(写し)

「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ので、御加入の健康保険組合等にお問合せください。

なお、川崎市国民健康保険及び神奈川県後期高齢者医療制度の被保険者の方は「なし」になります。

添付書類が揃いましたら、令和6年度に入院した分の申請については令和7年3月31日までに、申請書の必要事項を記入の上、下記まで御郵送ください。

郵送先 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市健康福祉局(障害保健福祉部)精神保健課

※オンライン(e-KAWASAKI)でも申請可能です。詳しくは川崎市ホームページを御覧ください。

不明点等のお問合せ先 電話:044-200-3608 FAX:044-200-3932

※申請後に申請時の内容に変更があった場合は、速やかに精神保健課まで御連絡ください。