

審査欄(記入不要)

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 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 その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	※5 重度障害者・ひとり親家庭等・その他()・なし	
※3 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 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。)

※3 手帳をお持ちでない場合は、「なし」に○をつけてください。

※4 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。※5 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。
- ◆ 月をまたがり、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6年分の「確定申告書(第一表、第二表)」の写し

イ 会社員等の給与所得のある方は令和6年分の「源泉徴収票」の写し

ウ 年金生活者の方は令和6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7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)

添付書類が揃いましたら、令和7年度に入院した分の申請については令和8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。