

# 川崎市精神障害者入院医療支援金支給制度のご案内

## 1 どんな制度

精神保健福祉法に基づき入院（任意入院、医療保護入院）している精神障害者に、その入院医療費の一部（月額1万円）を助成する制度です

## 2 制度を利用できる対象者とは

下記の（１）～（５）の要件をすべて満たす方です。

（１） 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）

※ 申請日時点で、転出や死亡等により住民票から除票となっている方は対象外です。

（２） 精神科病院、又は一般病院併設の精神科病棟（精神病床）に入院していること。

（３） 1ヶ月につき20日間以上、入院していること。

（４） 入院医療費（保険診療分）の自己負担額の月額が1万円以上であること。

※ 本制度以外の医療費助成制度を利用されている方や生活保護を受給されている方で、医療費（保険診療分）の自己負担がわからない方には、支援金を支給できません。

（５） 入院患者及び入院患者と同じ住民票上に氏名の記載のある、15歳以上の方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。

## 3 手続き方法

① 申請書（第1号様式）

② 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（複写不可）

③ 上記②の住民票に氏名の記載のある15歳以上の方全員分の前年の所得税額を証明する書類（4ページ参照）

④ 委任状（病院に支援金の受領を委任する方のみ）

⑤ 申請者が法定代理人の場合は、それを証明する書類

①～⑤を併せて、川崎市健康福祉局精神保健課宛てに郵送してください（裏面参照）。

なお、申請書の申請者とは、入院患者本人もしくはその配偶者、またはその扶養義務者（民法第877条1項に定める直系血族及び兄弟姉妹、または成年後見人等の法定代理人）を指し、それ以外の方は原則認められません。

要件の審査後認定されまると、支援金を個人で受領する方には認定書と支援金の請求書類（入院期間等の証明書）を送付します。請求書類が整いましたら精神保健課宛てに郵送してください。書類到着月の翌月中頃までに支援金を支給します。

※入院期間等の証明書の一部は、病院によって作成する必要がありますが、その際文書料がかかる場合があります。詳細につきましては、入院されている病院にお問合せください。

病院に支援金の受領を委任する方は、病院宛てに認定書を送付いたしますので病院から認定書をお受け取りください。その後の支援金請求処理は、病院が申請者に代わって行います。

#### 4 申請書送付までの流れ

- (1) 申請書を用意する。(入院先の病院、各区役所の高齢・障害課にて入手する、川崎市HPからダウンロードし印刷する。)
- (2) 申請書の添付書類を用意する。
- (3) 書類が整ったら、精神保健課宛てに郵送する。

※ 毎月、月末までに精神保健課に届いた申請書類を翌月中頃までに認定処理するため、認定書がお手元に届くまでに半月から1ヶ月程度かかります。(ただし、申請が集中する4月～5月を除きます。)

#### 5 申請書を提出してから 援護金を受け取るまでの流れ

##### 援護金の受領を病院に委任する方

- (1) 病院から認定書を受け取る。
- (2) 病院が毎月、前月分の入院日数や医療費を記載した書類(入院期間等の通報書)を精神保健課に郵送する。
- (3) 対象となる月の翌々月の半ばまでに、病院宛に援護金が振り込まれる。
- (4) 病院から援護金を受け取る。  
(受け取り方法は病院に確認してください。)

##### 援護金を個人で受領する方

- (ア)精神保健課から、認定書と入院期間等の証明書が送付される。
- (イ)原則3か月ごとに入院期間等の証明書の一部を病院に記載してもらい、その他の部分を申請者が記載押印後、精神保健課に郵送する。(病院によっては文書料金が発生することがあります。)
- (ウ)毎月、月末までに精神保健課に届いた証明書について支払処理をするため、翌月の中頃までに援護金が振り込まれる。

※ 申請書の提出期限は対象年度の年度末(3月31日まで)です。(ただし、2月10日以降に入院をされた方の申請書の提出期限は、4月末までとなります。)また入院が年度をまたぐときは、新年度分の申請書類を提出し、認定を受けた上で援護金を請求してください。前年度に個人で援護金を受領した方については、3月までに新年度の申請書を精神保健課から送付いたします。援護金の受領を病院に委任した方は、病院から新年度の申請書をお受け取りください。

※ 援護金認定後に、病院を転院される場合等、申請時の内容に変更があった場合、再度手続きが必要となります。詳しくは精神保健課までお問合せください。

#### 6 申請書等の郵送先・お問合せ先

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局精神保健課

電話: 044-200-3608 FAX: 044-200-3932

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 ※4

(〒 - )

**【連絡のとれる方の住所氏名を御記入ください】**

患者本人もしくはその配偶者または扶養親族(親・子・兄弟・姉妹)の方を申請者として下さい。本人を申請者とする場合、入院中で連絡が困難な場合は、**枠外に連絡可能な方のお名前、住所・電話番号・続柄も記入して下さい。**また、成年後見人等の法定代理人の場合は、それを証明する書類の写しを添付して下さい。

※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 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	<b>ひとり親家庭等医療費助成制度(通称マル親医療証)などを利用していて医療費の自己負担分を助成されている方は支給対象外です。</b>	
※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	<b>「病院委任払い」が可能な病院(=病院が申請者に代わり、援護金の請求処理を行う)で「病院委任払い」を希望される方のみ、その病院名を記入して下さい。</b>	

※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。

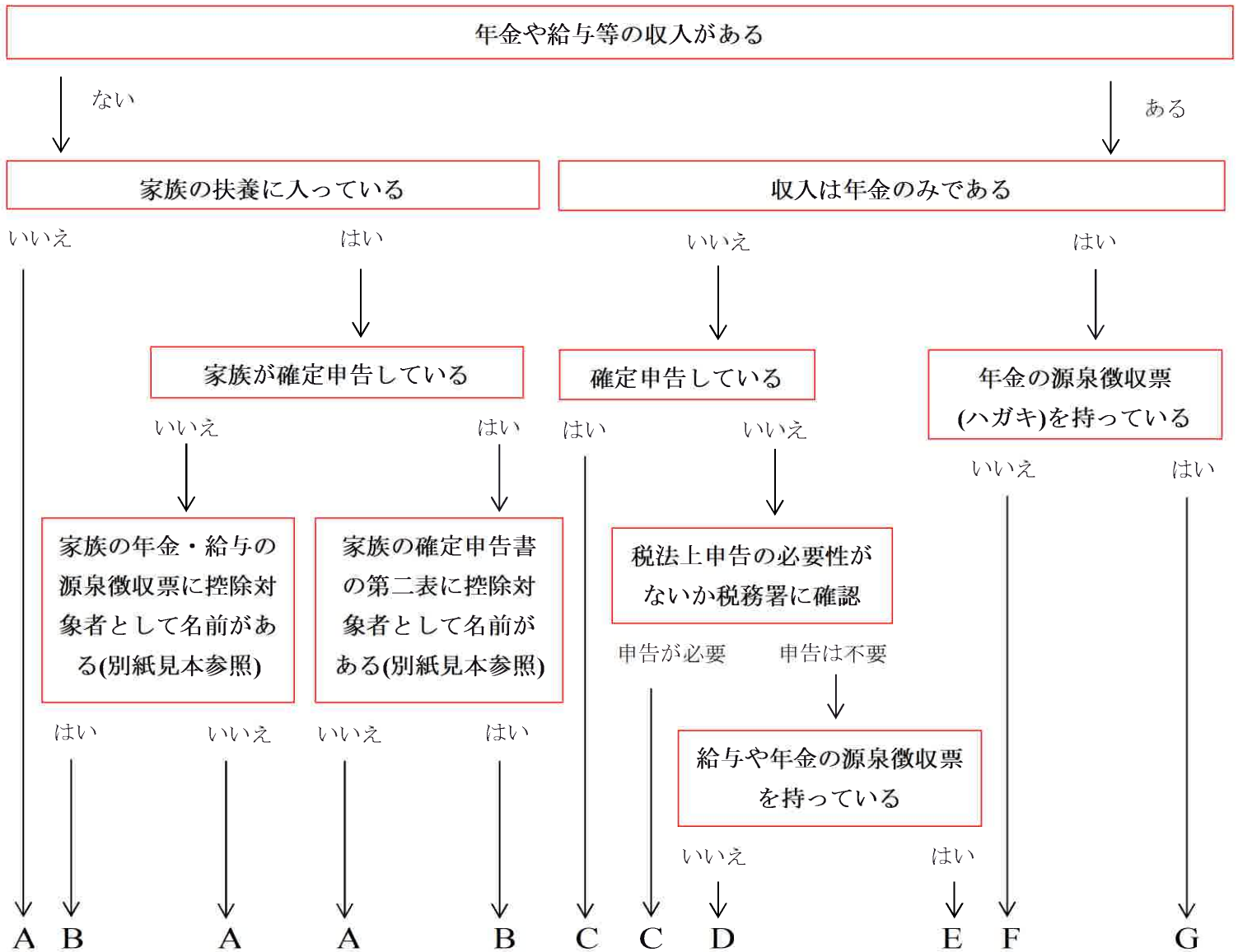
※5 利用している場合、医療証の写しの添付が必要です。

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

# 所得税額の証明書として提出する書類の選択 (住民票に名前がある、15歳以上の方全員分ご確認ください)



- A: 市民税・県民税の非課税証明書を区役所の証明発行コーナーか市税事務所にて発行してもらい、原本を提出（総所得金額が0円であることを確認するために提出して頂きます。そのため、総所得金額に数字が入っているものは不可となります。他の証明書を御提出ください。）
- B: 御自身の所得税額の証明書の提出は不要
- C: 確定申告後、確定申告書の申請者控えの第1表と第2表をコピーして提出
- D: 年金事務所（※）や会社にて源泉徴収票を再交付してもらい、そのコピーを提出  
 ※川崎区・幸区の方：川崎年金事務所（Tel.044-233-0181） 他区の方：高津年金事務所（Tel.044-888-0111）
- E: それぞれの源泉徴収票のコピーを提出
- F: 年金事務所にて年金の源泉徴収票を再交付してもらい、そのコピーを提出  
 （ただし、受け取られている年金が障害年金等の非課税年金の場合は、Aをご参照ください。）
- G: 年金の源泉徴収票（ハガキ）のコピーを提出  
 （複数種類の年金を受給されている場合及び複数の会社から給与を受け取っている場合は、全ての源泉徴収票のコピーの提出が必要です。）

税務署長  
令和 年 月 日 令和 07 年分の 所得税及び  
復興特別所得税

納税地	〒	個人番号 (マイナンバー)	※ 個人番号は複写されません		生年 月日
現在の住居 又は 事業所等	フリガナ	氏名			
令和8年 1月1日 の住所	職業	屋号・雅号	世帯主の氏名	世帯主との続柄	
振替継続希望	種類	青色	分離	国出	損失
修正	特農	整理番号	電話番号	自宅・勤務先・携帯	

第一表

この用紙は控用です。

④⑤・④⑥・⑤②又は⑤③の記入をお忘れなく。

収入金額等	事業	営業等	区分	ア					
	農業	区分	イ						
	不動産	区分	ウ						
	配当	区分	エ						
	給与	区分	オ						
	雑	公的年金等	カ						
	業務	区分	キ						
	その他	区分	ク						
	総合譲渡	短期	ケ						
	長期	コ							
一時	サ								
所得金額等	事業	営業等	①						
	農業	②							
	不動産	③							
	利子	④							
	配当	⑤							
	給与	⑥							
	雑	公的年金等	⑦						
	業務	⑧							
	その他	⑨							
	⑦から⑨までの計	⑩							
総合譲渡・一時	⑪								
合計	⑫								
所得から差し引かれる金額	勤労学生、障害者控除	⑬							
	配偶者(特別)控除	⑭							
	扶養控除	⑮							
	特定親族特別控除	⑯							
	基礎控除	⑰							
	⑬から⑰までの計	⑱							
	雑損控除	⑲							
	医療費控除	⑳							
	寄附金控除	㉑							
	合計	㉒							

21番から23番に金額が入っている方は、第二表に対象者の氏名が記載されていることを確認して下さい。(記載があれば、その方の所得税額の証明書は不要です。)

税金の計算	課税される所得金額 (12-30)又は第三表 上の⑳に対する税額 又は第三表の⑳	⑳							
	配当控除	㉑							
	特定増改築等 住宅借入金 等特別控除	㉒							
	政党等寄附金等特別控除	㉓							
	所得税及び復興特別所得税の額 (44+45)	㉔							
	外国税額控除等	㉕							
	源泉徴収税額	㉖							
	申告納税額 (46-47-48-49)	㉗							
	予定納税額 (第1期分・第2期分)	㉘							
	第3期分納める税金 の税額 (50-51)	㉙							
還付される税金	㉚								
修正申告	修正前の第3期分の税額 (還付の場合は頭に△を記載)	㉛							
第3期分の税額の増加額	㉜								
その他	公的年金等以外の 合計所得金額	㉝							
	配偶者の合計所得金額	㉞							
	専従者給与(控除)額の合計額	㉟							
	青色申告特別控除額	㊱							
	雑所得・一時所得等の 源泉徴収税額の合計額	㊲							
	未納付の源泉徴収税額	㊳							
	本年分で差し引く繰越損失額	㊴							
	平均課税対象金額	㊵							
	変動・臨時所得金額	㊶							
	延届納の出	申告期限までに納付する金額	㊷						
延納届出額	㊸								
還付される税金の所	銀行・組合 金庫・農協・漁協								
	郵便局 名等								
	預金 種類								
	普通当座 納税準備貯蓄								
	口座番号 記号番号								

○ 所得金額の証明が必要な方は、納税証明書をご利用ください。

○ この申告書を提出される方は、住民税・事業税の申告書を提出する必要がありません。

整理番号

令和07年分の所得税及び復興特別所得税の申告書

住所欄 (住所、フリガナ)

所得の内訳 (所得税及び復興特別所得税の源泉徴収税額)

所得の内訳表 (所得の種類、種目、収入金額、源泉徴収税額)

第一表の21番から23番に金額が入っている方は、以下の欄に対象者の氏名等が記載されていることを確認して下さい。(記載があれば、その方の所得税額の証明書は不要です。)

保険料等の種類 (13-16) (保険料等の種類、支払保険料等の計、うち年末調整等以外)

本人に関する事項 (17-20) (寡婦、ひとり親、勤労学生、障害者、特別障害者)

雑損控除に関する事項 (27) (損害の原因、損害年月日、損害を受けた資産の種類など)

寄附金控除に関する事項 (29) (寄附先の名称等、寄附金)

特例適用条文等

配偶者や親族に関する事項 (20~24、35、40)

配偶者や親族に関する事項表 (氏名、個人番号、続柄、生年月日、障害者、国外居住、特親、住宅、住民税、その他)

事業専従者に関する事項 (58)

事業専従者に関する事項表 (事業専従者の氏名、個人番号、続柄、生年月日、従事月数・程度・仕事の内容、専従者給与(控除)額)

住民税・事業税に関する事項

住民税・事業税に関する事項表 (住民税、事業税、所得金額、損益通算の特例適用前、前年中の開(廃)業開始・廃止月日)

税理士署名・電話番号

税理士署名・電話番号欄 (30条、33条の2)

第二表 この用紙は控用です。なお、令和八年分から控用は廃止されます。必要に応じてこの用紙を添付してください。



# 公的年金等の源泉徴収票 見本

令和 7 年分 公的年金等の源泉徴収票

住民票上に氏名の記載のある15歳以上の方全員分の源泉徴収税額の合算金額の上限が87,000円



以下の各欄に数字が入っている方は、対象者の氏名等がその下の欄に記載されていることを確認してください。



支払を受ける者	住所又は居所												
	(フリガナ)												
	氏名												
区分			支払金額							源泉徴収税額			
所得税法第203条の3第1号・第4号適用分			千円							千円			
所得税法第203条の3第2号・第5号適用分													
所得税法第203条の3第3号・第6号適用分													
所得税法第203条の3第7号適用分													
本人				源泉控除対象配偶者の有無等		控除対象扶養親族の数			16歳未満の扶養親族の数	障害者の数		非居住者である親族の数	社会保険料の額
特別障害者	その他の障害者	ひとり親	寡婦	一般	老人	特定	老人	その他		特別	その他		
						人	人	人	人	内	人	人	千円
源泉控除対象配偶者				控除対象扶養親族					16歳未満の扶養親族				
(フリガナ)	区分		(フリガナ)	区分		(フリガナ)	区分		(フリガナ)	区分			
氏名			氏名			氏名			氏名				
(摘要)				2					2				
支払者			法人番号										
			所在地										
			名称										

↑ 上の欄に対象者の氏名等が記載されていれば、その方の所得税額の証明書は不要です。

裏面に、給与所得の源泉徴収票の見本があります。