

川崎市精神障害者入院医療援護金支給要綱

(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（昭和25年5月1日法律第123号。以下「法」という。）に基づき入院している精神障害者に、その医療費等の一部を扶助することにより適正医療の普及を図るため、医療援護金を支給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 市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。

(援護金支給対象者)

第3条 医療援護金（以下「援護金」という。）の支給を受けることができるものは、次の各号に挙げる要件をすべて備えるものでなければならない。

- (1) 川崎市に住民登録がある精神障害者
- (2) 精神科病院及び一般病院の併設精神科病棟（以下「病院」という。）に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（昭和25年5月4日法律第144号）及びその他の法律に基づき医療費（健康保険法（大正11年4月22日法律第70号）または介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）の規定による医療費等の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もの
- (3) 前号に定める病院に、1ヶ月につき20日間以上入院しているもの
- (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じ住民票上に氏名の記載がある15歳以上のものの前年分の所得税額（前年分の所得税額が確定していない場合には、前々年分の所得税額とする。）を合算した額が8万7千円以下のもの。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もの
- (5) 医療費等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、健康保険各法または介護保険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ヶ月（20日間以上1ヶ月未満の日数については1ヶ月とみなす。）当たり1万円とする。

(援護金の申請)

第5条 援護金は、入院患者本人、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）が申請することができる。

2 入院患者本人、その配偶者、またはその扶養義務者は、川崎市精神障害者入院医療援護金支給申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に、次の各号に挙げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 世帯全員の住民票
- (2) 住民票に氏名の記載がある、15歳以上のもの全員の前年分の所得税額を証明す

る書類

(3) 扶養義務者が成年後見人等の法定代理人の場合、それを証明する書類

3 各年度の申請の提出期限は、当該年度の3月末日までとする。(3月末日が土曜日・日曜日・祝日に当たる場合は、その前日を期限とする。)

(援護金の認定)

第6条 市長は、前条の申請書の提出を受けたときは、援護金受給資格の認否についての決定を行い、川崎市精神障害者入院医療援護金支給認定書(第2号様式。以下「認定書」という。)又は川崎市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 市長は、援護金の受領を病院長に委任した入院患者の申請の審査結果については、当該病院長に対し、川崎市精神障害者入院医療援護金支給対象者認定書(第4号様式)により通知するものとする。

3 援護金支給対象者の認定の効力は、入院患者が転退院したとき消滅するものとする。ただし、以下の場合を除く。

(1) 転院が市長の指示による場合

(2) 転退院後、同一年度内に再び同じ病院に入院した場合

(援護金の受領を病院長に委任した入院患者に対する援護金の支給)

第7条 市長は、援護金の受領を病院長に委任した入院患者の援護金の支給に当たっては、入院期間等の通報書(第5号様式。以下「通報書」という。)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する。

2 前項により支給することが決定された援護金は、病院を経由して申請者に支給する。ただし、入院患者を管理している病院は申請者の委任をうけ援護金を受領し、医療費に充当することができる。

(援護金の受領を病院長に委任しない入院患者に対する援護金の支給)

第8条 援護金の受領を病院長に委任しない入院患者にあつては、その入院している病院長の発行する入院期間等の証明書(第6号様式。以下「証明書」という。)を原則3ヶ月ごとに提出するものとする。

2 前項の入院患者の援護金の支給に当つては、その入院している病院長の発行する証明書に基づき支給の可否を決定する。

3 前項の入院患者の援護金の振込先口座は、本人名義のものとする。ただし、特段の事情により本人名義の口座を指定できない場合には、5条1項に規定する者の口座を指定することができる。また、申請者が成年後見人等の法定代理人の場合は、その者が指定する者の口座とする。

(援護金支給の始期)

第9条 援護金の支給は、認定書に記載された支給対象月が示す月から支給する。

(帳簿の整備)

第10条 市長は、川崎市精神障害者入院医療援護金交付台帳(第7号様式)を備え支給決定にかかわる事項を記載し、整備保存するものとする。

(文書料)

第11条 市長は、第7条に定める通報書の作成等にかかる文書料を病院長に支払うものとする。

(その他)

第12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、平成8年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成26年8月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成27年3月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成28年3月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この改正要綱は、令和3年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 施行日以前に認定されたものについては、決定日から有効とする。

附 則

この改正要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この改正要綱は、令和7年4月1日から施行する。

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 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。)

- 世帯全員の住民票
- 所得税額の証明書(15歳以上の方全員分)
- 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
- 申請者が法定代理人の場合は、それを証明する書類(写し)
- 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

第2号様式

認定番号	
------	--

川崎市長 福田 紀彦

川崎市精神障害者入院医療援護金支給認定書

年度川崎市精神障害者入院医療援護金について、支給対象者として認定しましたので、通知します。

支給対象月は 年 月から 年 月です。この期間内の月額入院医療費の自己負担額が1万円以上で規定の入院日数があった場合、月額1万円を支給します。

その他については、川崎市精神障害者入院医療援護金支給要綱に定めるとおりとします。

なお、この認定書の有効期限は 年3月31日までですので、 年4月以降に再申請してください。

また、退院や転院をした場合、この認定は無効となります。ただし、転退院後、同一年度内に再び同じ病院に入院した場合は除きます。

(健康福祉局障害保健福祉部精神保健課担当)

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

電話 044-200-3608

第3号様式

川健精保第 号
年 月 日

様

川崎市長 福田紀彦

川崎市精神障害者入院医療援護金審査結果通知書

年 月 日付けで申請された川崎市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。

- 1 精神障害者及びその主たる扶養義務者の住所が川崎市外であるため
- 2 世帯の前年分の所得税額が8万7千円を超えるため
- 3 家族療養費の付加給付等により医療費の自己負担額が月額1万円未満のため
- 4 その他 ()

(健康福祉局障害保健福祉部精神保健課担当)
〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
電話 (044) 200-3608

第4号様式

川健精保第 号
年 月 日

病院長
様

川崎市長 福田紀彦

川崎市精神障害者入院医療援護金支給認定について（通知）

時下、ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、申請者から提出がありました「川崎市精神障害者入院医療援護金支給申請書」を審査した結果、貴院に入院中の患者で、貴院に受領の委任をした方につきまして、別紙「川崎市精神障害者入院医療援護金支給対象者名簿」のとおり支給認定いたしましたので通知します。

また、支払い手続きにつきましてお取り計らいいただけるようお願い申し上げます。

（健康福祉局障害保健福祉部精神保健課担当）

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

電話（044）200-3608

(見本)

認定番号

入院期間等の証明書

年 月 日

川崎市健康福祉局長 様

所在地

病院名

病院長名

印

以下のことについて相違ないことを証明します。

患者氏名	入院した期間		医療費月額		入院した期間		医療費月額	
	年 月	日間		円	年 月	日間		円
								円
								円
保険区分	年 月	日間		円	年 月	日間		円
健保	年 月	日間		円	年 月	日間		円
国保	年 月	日間		円	年 月	日間		円
後期高齢	年 月	日間		円	年 月	日間		円
その他 ()	年 月	日間		円	年 月	日間		円

第6号様式は、認定された方へ交付します。

※医療費は食事療養費を含みません。医療費月額はその月の自己負担額(健康保険または介護保険の例により、算定された額)を記入してください。

ここまでは、医療機関が記入してください。

以下は申請者が書いてください。

(フリガナ) 申請者氏名	患者との続柄 ()
申請者住所	(〒 -) (電話番号 - -) 銀行 支店 普通 口座番号 信金 当座 農協 支店番号()
(フリガナ) 名義人	

※振込先口座は御本人又は成年後見人等の法定代理人の方の口座を指定してください。

※原則3か月ごとに提出してください。

