

が疾対第 4997 号
令和 6 年 2 月 14 日

一般社団法人
神奈川県精神科病院協会会長 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)

精神障害者入院医療援護金交付要綱の一部改正について (送付)

本県の精神保健医療行政の推進につきましては、日頃から格別なる御理解、御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

このたび、精神障害者入院医療援護金交付要綱の改正を行いましたので送付いたします。

引き続き、当該援護金の制度について御協力いただきますようお願い申し上げます。

【様式】全 2 種

- ・精神障害者入院医療援護金交付申請書 (第 1 号様式)
- ・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)

問合せ先
がん・疾病対策課精神保健医療グループ
山口、伊藤、吉越
電話 (045)-210-1111 内線 4730



精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

(第1号様式)

(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		
患者氏名	年 月 日生		
患者住所			
被保険者等の別	※3 健保(本人)・健保(家族)・国保・後期・生保・自費		
被保険者証の発行機関	所在地	記号番号	※4 あり なし
入院先の病院名	※5 あり なし		
入院年月日	年 月 日		
申請者署名	入院医療援護金の受領を病院に委任します。 (病院の代理署名の場合は病院所長・担当職員を併記すること) 申請者署名		

- ※1 申請を行うことができる方は、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、
- ※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。
- ※3 被保険者等の別、附加給付の欄は、該当のところを○で囲んでください。
- ※4 附加給付については、裏面1(4)の記載もご参照ください。
添付書類：この申請には、次の書類を添付してください。
(1) 世帯全員の住民票
(2) 所得税の証明書

入院日までの通り認定はしておりません。支給開始は、申請書提出月又は翌月からとなります。

(第1号様式)

(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	
患者氏名	年 月 日生	
患者住所		
被保険者等の別	※2 健保(本人)・健保(家族)・国保・後期・生保・自費	
入院先の病院名	※5 あり なし	
入院年月日	年 月 日	
申請者署名	入院医療援護金の受領を病院に委任します。 ※3 (病院の代理署名の場合は病院所長・担当職員を併記すること) 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
を申請書と一緒に提出してください。

- ※1 申請を行うことができる方は、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、
- ※2 被保険者等の別の欄は、該当のところを○で囲んでください。
- ※3 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。

審査に不要であるため削除。また、必要書類及び支給条件を明確に表記するため。

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

新

旧

(第4号様式の1)

(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

認定番号	氏名	保険区分			支給対象月の始期 年 月
		種類	記号・番号	附加給付の内容	

(第4号様式の1)

(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

認定番号	氏名	保険区分		支給対象月の始期 年 月
		種類		

第1号様式改訂のため削除。

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

旧	新	改訂理由
<p>附 則 (略)</p>	<p>附 則 (略) この要綱は、令和6年3月1日から施行する。</p>	<p>様式改訂のため。</p>

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号に該当しなくなる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つては、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つては、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、申請書の提出のあつた月分から支給する。ただし、申請書の提出のあつた月が、第3条第3号に該当しない場合は、申請書の提出のあつ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。

(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

神奈川県知事殿

年 月 日

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
患者氏名		年 月 日生
患者住所		
被保険者等の別	※2 健保(本人)・健保(家族)・国保・後期・生保・自費	
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。※3 (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 申請を行うことができる方は、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です。
- ※2 被保険者等の別の欄は、該当のところを○で囲んでください。
- ※3 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

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 年 月 日 号

(申請者) 様

神奈川県知事 黒岩 祐治

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	保険区分	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、差額ベット代・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

(年 月分)

	認定番号	患者氏名	保険区分	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	保険区分	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	
------	--

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			
保険区分	健保(本人)	健保(家族)	国保 後期 生保その他()
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	
<p>※ 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。</p> <p>※ 各種医療費助成制度を利用し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。)</p>			

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)
申請者氏名	名義人 (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と過誤があった場合、返還請求することがあります。

○ 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

