

が疾対第 4591 号
令和 7 年 2 月 5 日

関係機関 各位

がん・疾病対策課長

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。

問合せ先

がん・疾病対策課精神保健医療グループ

谷口、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

旧	新	改訂理由
附 則 (略)	附 則 (略) この要綱は、令和 7 年 3 月 1 日から施行する。	様式改訂 のため。

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

(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ます。
※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		
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。 ※2 (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ます。
※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。

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。

審査に必要であるため保険証に関する記載を削除。

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
(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 (公 印 省 略) 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	公印省略 となった ため、そ の旨記載

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
(第3号様式) 第 年 月 日 (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3号様式) 第 年 月 日 (申請者) 様 神奈川県知事 黒岩 祐治 (公印省略) 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	公印省略 となった ため、そ の旨記載

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

[illegible]

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

旧

(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						

※ ここでの医療費月額とは、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。

新

(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	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					

※ ここでの医療費月額とは、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。

保険証に
関する記
載を削
除。

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

旧

(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						

新

(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
(公 印 省 略)

(年 月分)

	認定番号	患者氏名	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					

改訂理由

保険証に関する記載を削除。

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																																																																																																																																																																																																																																																																																	
(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) <table><tr><th></th><th>認定番号</th><th>患者氏名</th><th>保険 区分</th><th>当月分 入 院 日 数</th><th>医療費月額 (自己負担額) (円)</th><th>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)</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			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) <table><tr><th></th><th>認定番号</th><th>患者氏名</th><th>当月分 入 院 日 数</th><th>医療費月額 (自己負担額) (円)</th><th>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)</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>17</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>19</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			認定番号	患者氏名	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						保険証に 関する記 載 を 削 除。
	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	患者氏名	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																																																																																																																																																																																																																																																																																					

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																																																																				
(第5号様式) 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。) <table border="1"> <tr> <td>患者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>保険区分</td> <td>健保(本人)</td> <td>健保(家族)</td> <td>国保 後期 生保その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">入院した期間</td> <td>医療費月額 (自己負担額)</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>期 間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 4月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 5月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 6月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> </table> ※ 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。 ※ 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。) 以下は申請者が記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>患者の現在の住民票の住所</td> <td>(〒)</td> </tr> <tr> <td>振込先口座</td> <td> 銀行 支店 普通・当座 口座番号 (フリガナ) (フリガナ) 名義人 (氏 名) </td> </tr> <tr> <td>申請者氏名</td> <td>(患者との続柄) (電話番号)</td> </tr> <tr> <td>申請者住所</td> <td>(〒)</td> </tr> </table> ※ 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		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		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) 名義人 (氏 名)	申請者氏名	(患者との続柄) (電話番号)	申請者住所	(〒)	(第5号様式) 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。) <table border="1"> <tr> <td>患者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">入院した期間</td> <td>医療費月額 (自己負担額)</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>期 間</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 4月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 5月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和3年 6月</td> <td>日間</td> <td>円</td> <td></td> </tr> </table> ※ 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。 ※ 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。) 以下は申請者が記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>患者の現在の住民票の住所</td> <td>(〒)</td> </tr> <tr> <td>振込先口座</td> <td> 銀行 支店 普通・当座 口座番号 (フリガナ) (フリガナ) 名義人 (氏 名) </td> </tr> <tr> <td>申請者氏名</td> <td>(患者との続柄) (電話番号)</td> </tr> <tr> <td>申請者住所</td> <td>(〒)</td> </tr> </table> ※ 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		患者氏名				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		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) 名義人 (氏 名)	申請者氏名	(患者との続柄) (電話番号)	申請者住所	(〒)	保険証に関する記載を削除。
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																																																																						
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) 名義人 (氏 名)																																																																							
申請者氏名	(患者との続柄) (電話番号)																																																																							
申請者住所	(〒)																																																																							
患者氏名																																																																								
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																																																																						
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) 名義人 (氏 名)																																																																							
申請者氏名	(患者との続柄) (電話番号)																																																																							
申請者住所	(〒)																																																																							

精神障害者入院医療援護金交付要綱 新旧対照表

[illegible]