

記載例

様式 第1号

神戸市精神入院医療費助成金支給申請書兼請求書

令和 ○年 ○月 ○日

神戸市長 宛

以下のとおり神戸市精神入院医療費の助成を申請（請求）します。

※申請（請求）にあたり、神戸市が必要に応じて住民記録情報や自立支援同意します。

※申請（請求）にあたり、神戸市が必要に応じて入院医療機関へ入院期間の確認を行うことに同意します。

申請書を記入した日を
記入してください

下記の1～6を記入してください。

1	フリガナ	コウベ タロウ	生年月日
	入院患者本人 申請（請求）者	神戸 太郎	明・大・昭・平・令 17 年 4 月 3 日
	住 所	〒 650 - 8570 神戸 市 中央 区 加納町 ●丁目 ●●番 ●●号 ●●マンション 503 号 電話番号（ 078 ） ●●● - ●●●●	
※1 保 護 者 （本人が 18 歳未満 の場合）	フリガナ	コウベ ジロウ	生年月日
	氏 名	神戸 次郎	明・大・昭・平・令 50 年 5 月 5 日
	入院患者本人と の 続 柄	父母・その他（ ）	
※2 成 年 後 見 人 等 が 記 入 す る 場 合	住 所	〒 652 - 8570 神戸 市 兵庫 区 荒田町 ●丁目 ●●番 ●●号 ●●マンション 102 号 電話番号（ 078 ） ●●● - ●●●●	
	氏 名		
	住 所		
電話番号（ ） -			

※1 申請を行うことができる方は原則入院患者本人に限ります。

入院患者本人が18歳未満の場合は保護者とします。

※2 成年後見人等が記入する場合は、登記事項証明書を添付してください。

2	請 求 額	35,400 円	※別紙記載例をご覧ください。									
3	下記の口座に振り込み願います（通帳の写しを添付してください）。 ※口座名義は、入院患者本人名義の口座又は申請（請求）者が未成年の場合は保護者に限ります。											
振 込 口 座	こうべ	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	1 普通 2 当座 4 貯蓄	口座番号	1	2	0	3	4	5	6
			三宮		口座名義 人（カナ）	コウベ ジロウ						
4	領収書の入院期間に措置入院が含まれている場合は、措置入院の期間を記入してください。				令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日							

【裏面も記入してください】

5	自立支援医療 （精神通院）	該当するところにチェックを入れてください。 ☐ 受給中 ☒ 申請中（再認定）（申請日令和 7 年 10 月 15 日） ☐ 申請中（新 規）（申請日令和 年 月 日） ※申請日は退院日の翌日から起算して1ヶ月までの日付に限ります。 ※また、申請中の方は、申請後認定を受けた方が支給対象となります。
---	------------------	---

以下の内容をご確認のうえ、同意欄にチェックをしてください。

※この同意は、支給要件ではありません。

6	本制度の、地域生活への移行促進効果を検証するため、入院病院から、あなたへの医療福祉制度紹介や再入院等の情報を得て、匿名加工・統計化して利用することに同意いただけますか。	☒ 同意する ☐ 同意しない
---	--	--

【請求額】 下記の手順により請求額を確認してください。

（1）あなたが連続して入院した期間（日数）と年齢に応じた「基準額」を以下の表から選び、
☒を入れてください。

※年齢…入院日時点の年齢

		年齢	
		69 歳以下	70 歳以上
基準額	入院日数		
	30 日以内	☐ 11,800	☐ 5,000
	31 日以上 60 日以内	☐ 23,600	☐ 10,000
	61 日以上 90 日以内	☐ 35,400	☐ 15,000

（2）領収書の医療費（自己負担額）は合計でいくらですか。

合計

（1）基準額 と（2）医療費（自己負担額）を比べ、低い方の金額が請求額になります。

請 求 額	35,400 円
-------	---------------------------------------

この請求額を請求書に記載してください。

以下の書類を別紙に貼付してください

- ・領収書（原本）
- ・通帳の写し

※領収書の入院期間に措置入院が含まれている場合は、振込口座の欄の下に、措置入院期間を記入してください。措置入院の期間が分からない場合は、入院医療機関にご確認ください。