

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医療の情報を確認することに同意します。
※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。

下記の1～6を記入してください。

1	フリガナ		生年月日
	入院患者本人 申請（請求）者		明・大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 ー 市 区 電話番号（ ） ー	
※1 保 護 者 （本人が 18歳未満 の場合）	フリガナ		生年月日
	氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 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	〒 ー 市 区 電話番号（ ） ー	
	氏 名	住所	
	電話番号（ ） ー		

※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	□□,□□□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	銀行	本店	1 普通	口 座 番 号							
	信用金庫	支店	2 当座	口 座 名 義 人（カナ）							
	信用組合	出張所	4 貯蓄								
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 年 月 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
---	--	---

添付書類

- 1.領収書（原本）を3ページ目の用紙に貼付してください。
- 2.金融機関口座の分かるものを4ページ目の用紙に貼付してください。
(1) 口座名義（カナ）(2) 金融機関名 (3) 支店名 (4) 口座番号
の確認できる通帳の写しやネット銀行など通帳が発行されていない場合は
キャッシュカードの写しを添付してください。
- 3.入院後市外へ転出された場合は、転出先で受けた自立支援医療（精神通院医療）の
受給者証の写しを添付してください。
- 4.申請（請求）者でない口座への振込を希望する場合は、別途指定します委任状の提
出が必要となりますので、下記まで様式を請求してください。

【申請書兼請求書の郵送先】
〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1
神戸市福祉局障害者支援課 精神入院医療費助成担当

【問い合わせ先】
神戸市総合コールセンター （078）333-3330

神戸市処理欄（何も記入しないでください）

前回の助成	☐ あり (年 月退院分) ☐ なし	住民登録	☐ あり ☐ なし
		自立支援医療	☐ あり ☐ なし
入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日 (日)		
①基準額	入院日数/年齢	69歳以下	70歳以上
	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医療費 (保険診療自己負担分)	☐ 基準額より高い⇒基準額を助成 ☐ 基準額より低い⇒自己負担分を助成 (円)		
☐ 支給決定	備考欄		
円			
☐ 不支給決定			