

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1～5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 <u>平</u> ・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 <u>平</u> ・令 50 年 5 月 5 日
入院患者本人との続柄	父母・ <u>その他</u> （ ）		
	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）●●● - ●●●●
※2 成年後見人等が記入する場合	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	<b>35,400</b> 円	※別紙記載例をご覧ください。
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	口座番号
こうべ	信用金庫	<u>三宮</u>	1 2 0 3 4 5 6
	信用組合	支店	口座名義人（カナ）
	農協	出張所	コウベ ジロウ
		支所	
		1 普通	
		2 当座	
		4 貯蓄	

【裏面も記入してください】

4	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。 <input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中（再認定）（申請日令和 3 年 12 月 15 日） <input type="checkbox"/> 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。

5	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。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 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

入院日数		年齢	
		69歳以下	70歳以上
基準額	30日以内	<input type="checkbox"/> 11,800	<input type="checkbox"/> 5,000
	31日以上60日以内	<input type="checkbox"/> 23,600	<input type="checkbox"/> 10,000
	61日以上90日以内	<input type="checkbox"/> 35,400	<input type="checkbox"/> 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  円

(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  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