

(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

令和7年 4月10日

神奈川県知事 殿

郵便番号 -

申請者住所 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3

氏 名 神奈川 花子

患者との続柄 (妻) ※1

電話番号 090-xxxxx-xxxxx

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)	かながわ たろう	明・大(昭)・平・令
患 者 氏 名	神奈川 太郎	48年 9月 3日生
患 者 住 所	神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	
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	〇〇病院	
入 院 年 月 日	令和7年 4月 5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 神奈川 花子	

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 申請を行うことが出来る方は、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 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。

記入例



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



申請書裏面に記載の添付書類を必ず提出してください
提出がない場合は再度手続きが必要になります



市町村で障害者医療費助成制度(通称マル障)等を利用し、
自己負担がない方は対象外です。

(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

令和7年 4月10日

神奈川県知事 殿

郵便番号 -
申請者住所 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3
氏 名 神奈川 花子
患者との続柄 (妻) ※1
電話番号 090-xxxx-xxxx

記入した日

【患者本人の代筆をする場合】
枠外に連絡のつく方の
名前・住所・電話番号・続柄
を記載してください

患者本人の情報を記載してくだ
さい

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)	かながわ たろう	明・大(昭)・平・令 48年 9月 3日生
患者氏名	神奈川 太郎	
患者住所	神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	
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	〇〇病院	
入院年月日	令和7年 4月 5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 神奈川 花子	

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。

【支給始期の例】

※支給条件については申請書裏面[3]を
ご参照ください。

➤ 入院日:4月1日
申請書提出日:4月30日※消印有効
支給始期は4月から

➤ 入院日:4月1日
申請書提出日:5月1日
支給始期は5月から

➤ 入院日:4月2日
申請書提出日:4月25日
月の初日から入院していないため、
支給始期は5月から