

(第1号様式)

ご記入時の
注意

審査欄(記入不要)

記入例
(代筆者なし)

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8年 4月 6日

神奈川県知事殿

【申請者情報】

申請者住所	〒×××-×××× 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	電話番号	090-××××- ××××
申請者氏名	神奈川 花子	患者との続柄	妻

※ 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ま

【代筆者情報】

代筆者住所	〒	電話番号	
代筆者氏名		患者との続柄	

※ 申請者に該当する方がいない場合は、申請者情報は入院患者の情報を記載したうえで、代筆者情報についても記載をお願いします。

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
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8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。* (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	

※ 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

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か月以上の入院が見込まれる場合は、入院後すぐに申請してください。

入院日までの遡り認定はしません。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)

記入例
(代筆者あり)

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8年 4月 6日

神奈川県知事殿

【申請者情報】

申請者住所	〒×××-×××× 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	電話番号	090-××××-××××
申請者氏名	神奈川 太郎	患者との続柄	本人

※ 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ます。

【代筆者情報】

代筆者住所	〒×××-×××× 神奈川県〇〇市〇〇4丁目5-6	電話番号	080-××××-××××
代筆者氏名	湘南 夏子	患者との続柄	姪

※ 申請者に該当する方がいない場合は、申請者情報は入院患者の情報を記載したうえで、代筆者情報についても記載をお願いします。

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
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8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。* (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 太郎	

※ 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

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か月以上の入院が見込まれる場合は、入院後すぐに申請してください。

入院日までの遡り認定はしません。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



1か月以上の入院が見込まれる場合は、入院後すぐに申請してください。



入院日までの遡り認定はしません。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8年 4月 6日

神奈川県知事 殿

【申請者情報】

申請者住所	〒XXXX-XXXX 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	電話番号	090-XXXX-XXXX
申請者氏名	神奈川 太郎	患者との続柄	本人

※ 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。

【代筆者情報】

代筆者住所	〒XXXX-XXXX 神奈川県〇〇市〇〇4丁目5-6	電話番号	080-XXXX-XXXX
代筆者氏名	湘南 夏子	患者との続柄	姪

※ 申請者に該当する方がいない場合は、申請者情報は入院患者の情報を記載したうえで、代筆者情報についても記載をお願いします。

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、この申請に当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
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8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。* (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 太郎	

※ 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

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か月以上の入院が見込まれる場合は、入院後すぐに申請してください。

入院日までの遡り認定はしません。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。

患者本人又は配偶者、扶養親族もしくは成年後見人以外の方が申請する場合は、申請者情報に患者の情報を記入したうえで、代筆者情報を記入してください。

【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