

横浜市精神障害者入院医療援護金助成申請書

新規

(ふりがな)		生 年 月 日
入院患者氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日
入院患者住所		
入院先の病院名 県外は所在地も記入		
前回入院先病院名 ※1	認定番号 ()	
入 院 日	年 月 日 入院	
健康保険種別	社保(本人)・社保(家族)・国保・後期高齢・その他()	
入 院 形 態	任 意 入 院 ・ 医 療 保 護 入 院	
申請者氏名 及び印 ※2	入院医療援護金の請求及び受領を病院長に委任します。 申請者氏名 印	

私は、上記のとおり、横浜市精神障害者入院医療援護金の助成を申請します。
また、この申請において提出した書類を審査する際、横浜市が必要に応じて世帯全員の税情報及び住民記録情報を確認することについて、世帯を代表して同意します。

申請日 年 月 日

〒 —

住 所： _____

申請者氏名： _____ 印 ※3

患者との続柄： _____ ※4

電 話 番 号： _____ — _____

【この欄は、※4に該当する続柄以外の方が申請書を代筆された場合、ご記入ください】

住所： _____

代筆者氏名： _____

患者との続柄： _____

電話番号： _____ — _____

- ※1 同一年度内で既に援護金の認定を受けている場合にご記入をお願いします。
- ※2 申請者が援護金の請求及び受領を病院長に委任する場合は記入してください。氏名を申請者本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。
- ※3 氏名を申請者本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。
- ※4 申請を行うことができる方は、入院されている本人又は扶養義務者（配偶者・兄弟・父母・子・祖父母・孫・曾祖父母・曾孫）の方に限ります。成年後見人等が申請される場合は、関係性の分かる書類の写しを添付してください。

横浜市精神障害者入院医療援護金助成申請書

新規

(ふりがな)	よこはま たろう	生年月日
入院患者氏名	横浜 太郎	明・大・昭・平・令 15年 1月 1日
入院患者住所	横浜市中区本町6-50-10	
入院先の病院名 県外は所在地も記入	〇〇病院	
前回入院先病院名 ※1	不明の場合は空欄のままで結構です	
入院日	令和4年1月1日入院	再入院場合は、直近の日付をご記入ください。
健康保険種別	社保(本人)・社保(家族)・国保・後期高齢・その他()	
入院形態	任意入院・医療保護入院	
申請者氏名 及び印 ※2	入院医療援護金の請求及び受領を病院長に委任します。 申請者氏名 _____ 印 _____	
私は、上記のとおり、 また、この申請にお 報を確認することにつ	申請者の代わりに請求及び受領を行っている病院に入院されている方で、 代理の請求及び受領を委任する場合、左下欄「申請者氏名」と同じ氏名で 記名及び押印をお願いします。(自署の場合は押印省略可)	
申請日	令和4年1月3日	従兄弟・姪甥・叔父叔母等、※3 に該当しない続柄の方が、申請書 を代筆された場合にご記入くださ い。
〒	231-0005	【この欄は、※3に該当する続柄以外の方が申請 書を代筆された場合、ご記入ください】
住 所	横浜市中区本町2-22 京阪横浜ビル10F	住所： _____
申請者氏名	横浜 花子	代筆者氏名： _____
患者との続柄	子 ※3	患者との続柄： _____
電話番号	045-671-2415	電話番号： _____

※1 同一年度内で既に援護金の認定を受けている場合にご記入をお願いします。

※2 申請者が援護金の請求及び受領を病院長に委任する場合は記入してください。氏名を申請者本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

※3 申請を行うことが出来る方は、入院されている本人又は扶養義務者（配偶者・兄弟姉妹・父母・子・祖父・母・孫・曾祖父・曾孫）、もしくは成年後見人等の方に限ります。成年後見人等が申請される場合は、関係性の分かる書類の写しを添付してください。