

認定番号

横浜市精神障害者入院医療援護金助成申請書

新規

横浜市長 殿

私は、次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。

(ふりがな)		生年月日
入院患者氏名		大・昭・平・令 年 月 日生
入院患者住所	横浜市	
入院先の病院名 ※県外の場合は病院所在地も記入		
入院日	昭・平・令 年 月 日 入院	
健康保険種別 (該当のものに○をつけてください)	社保(本人)・社保(家族)・国保・後期高齢・その他()	
入院形態 (該当のものに○をつけてください)	任意入院 ・ 医療保護入院	
前回入院先病院	前回認定番号()	

この申請において横浜市が入院患者の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同意します。また援護金の代理受領を行っている病院については、援護金の請求・受領を病院長に委任することに同意します。代理受領を行っている病院に入院していて、個人口座への振込を希望する場合は横浜市こころの健康相談センターにご相談ください。(電話:045-671-2415)

申請者情報

※申請を行うことができる方は、患者本人又は配偶者、扶養義務者(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫等)もしくは成年後見人等に限り、成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書の提出も必要です。

申請日	年 月 日		
申請者住所	〒		
申請者氏名	※記名押印または自筆による署名		
患者との続柄	電話番号		

※申請者に該当する方がいない場合は、申請者情報欄は入院患者様の情報を記載したうえで以下の項目についても記載をお願いします。

代筆者住所	〒		
代筆者氏名			
患者との続柄	電話番号		