

浜松市精神障害者医療費助成事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、浜松市精神障害者医療費助成規則(昭和62年浜松市規則第30号。以下「規則」という。)の運用に関し必要な事項を定める。

(申請)

第2条 規則第5条の申請書は、精神障害者医療費助成申請書(第1号様式)による。

2 規則第5条の申請書の提出は、代理人によってすることができる。

3 前項の場合において、医療費の振込先口座を指定できない等やむを得ない事由があると市長が認めるときは、精神障害者の法定代理人(当該精神障害者の財産の管理権を有する者に限る。)に助成金を支払うことができるものとする。

4 前項の申請においては、当該法定代理人は、第1項の精神障害者医療費助成申請書に、債権振込依頼書(第2号様式)を添付するものとする。

(申請者の変更)

第3条 入院していた精神障害者が死亡している場合は、その相続人による申請を認めるものとする。

2 前項の申請においては、当該相続人は、前条第1項の精神障害者医療費助成申請書に、債権振込依頼書(第3号様式)を添付するものとする。

(細目)

第4条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和元年11月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

浜松市精神障害者医療費助成規則に基づく支給決定事務における基準

浜松市精神障害者医療費助成規則（以下「規則」という。）に基づく支給決定事務における基準を、次のとおり定めるものとする。

申請締日・支給決定日・申請期限

事 案	申請締日	支給決定日	申請期限
基 準	15日	1日（1日が休日等の場合は次の就業日）	その月の翌月15日の翌日から起算して1年間
解 釈	規則第5条		規則第7条

支給基準 1

事 案	入院していた精神障害者本人が死亡
支給基準	申請前・申請後共に相続人に支払う
解 釈	本人に助成金を受ける財産上の権利が生じており、相続人の住所は問わない

支給基準 2

事 案	申請時に住所地が市外	入院中に市外に転出	入院中に市内に転入
支給基準	入院期間中に市内に住所を有した期間が助成対象	市内に住所を有した日までの医療費が対象	市内に住所を有した日から1箇月を超えた日の属する月分から対象
解 釈	支給対象は「入院中に市内に住所を有していること」であり申請時の住所地は問わない	他の助成制度との重複助成ではないため、按分にて対応可とする 医療機関にて転出日までの医療費が証明されない場合は対象日までの医療費を按分で求めその額に対し支給する	他市町の助成制度との重複受給を妨げるため

支給基準 3

事 案	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院している ・生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)に基づき保護を受けている世帯(保護の停止を受けている世帯を除く。)に属している 	
	1月を通して該当していた	月半ばに該当・非該当となった
支給基準	支給対象外	非該当日分の医療費について対象
解 釈	規則第 3 条第 3 項 他制度にて医療費が助成されているため	正確な医療費の把握が可能なため

支給基準 4

事 案	<ul style="list-style-type: none"> ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成 6 年法律第 30 号) ・浜松市重度心身障害者医療費助成規則(昭和 49 年浜松市規則第 21 号) ・浜松市母子家庭等医療費助成規則(昭和 54 年浜松市規則第 25 号) ・上記による支援給付を受けているまたはその他の規則等に基づき医療費の助成を受けることができるとき 	
	1月を通して該当していた	月半ばに該当・非該当になった
支給基準	支給対象外	支給対象外
解 釈	規則第 3 条第 3 項	当該月において他の規則等に基づいて助成を受けており、また該当月で医療費の助成を受けた日以外の日分について実際にかかった医療費を正確に把握することができないため

支給基準 5

事 案	浜松市以外・静岡県以外の医療保険に加入	
支給基準	医療保険の種別がいかなる場合でも助成対象とする	
解 釈	医療費の助成の対象については規則第 3 条の通りであり、医療保険の種別については問うていないため	

支給基準 6

事 案	申請者が未成年者で口座がない	申請者が口座を作れない
支給基準	親権者もしくは未成年後見人に支払う	申請者の都合で口座が凍結されていたり、法的等により口座が作れない場合、市長が認める理由の時法定代理人に支払う
解 釈	規則第3条のとおり、「精神障害者に対し～…医療費を助成する」とあり、振込先を規定しているものではないため。 また、要綱第2条第3項にあるようにできない等医療費の振込先口座を指定やむを得ない事由があると市長が認める時は法定代理人に支払うとあるため。	

支給基準 7

事 案	後見人・保佐人・補助人からの申請で申請者の印を預かっていない
支給基準	裁判所から代理権が与えられていれば後見人等の印鑑で申請可とする
解 釈	裁判所から代理権が与えられていれば申請可とする

附則

この基準は、平成24年4月1日から適用する。

附則

この基準は、平成26年10月1日から適用する。

附則

この基準は、令和元年11月1日から適用する。

浜松市記入欄

宛名番号：

第1号様式（第2条関係）

あて先 浜松市長

令和 年 月 日

精神障害者医療費助成申請書

医療費助成を受けたいので、次のとおり申請します。

1. 申請者（入院者本人）

住所						
(フリガナ)						
氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日 (歳)	
連絡先	()					
加入している保険者名称または組合の名称			記号・番号	被保険者（組合員）氏名		
浜松市国民健康保険 静岡県後期高齢者医療 全国健康保険協会静岡支部（協会けんぽ） その他 ()				申請者と同じ		
振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号(右詰めで記入)			本人口座名義(カタカナで記入)
銀行	本店	普通				
金庫	支店	当座				
農協	出張所		債権振込依頼書と同じ			
(代理人記入欄)					後見人・親権者確認資料 登記事項証明書 戸籍 その他 ()	
住所						
氏名	(続柄)					
連絡先	()					

* 注意事項 重度心身障害者医療費助成（入院対象外の方は申請できません）、母子家庭医療費助成、小・中学生・高校生世代医療費助成等、他の制度で申請された場合は対象になりません。
提出期限は、入院期間が1か月を超えた日の属する月の翌月15日から起算して1年以内です。

2. 医療機関証明記入欄

入院者氏名									
診療月	平成・令和	年	月分	平成・令和	年	月分			
入院時の医療に係わる 保険適用分自己負担額	円		円		円				
上記診療月の入院期間	平成・令和	年	月	日	~	平成・令和	年	月	日
入院日	昭和・平成・令和	年	月	日					
精神疾患の病名									
入院の種別	1 医療保護入院				2 任意入院				
上記のとおり証明します。									
令和 年 月 日									
所在地 医療機関名 名称 管理者名									
印									

3. 浜松市記入欄

診療月	平成・令和	年	月分	平成・令和	年	月分	平成・令和	年	月分
自己負担額	円		円		円				
付加給付(円)	円		円		円				
支給決定額	円		円		円				
<申請> 新規 変更 継続	<非該当チェック項目> 重度心身障害者医療費助成 母子家庭医療費助成 小・中・高校生世代医療費助成 その他 ()			<チェック項目確認者> 中・東・西・南・北・浜北・天竜 区社会福祉課 担当 ()			<支給決定年月日>		

あて先 浜松市長

債権振込依頼書

私（法定代理人）_____は、申請者_____の浜松市精神障害者医療費助成金について、医療費の振込先口座（申請者名義）を指定できない為、下記のとおり振込を依頼します。

理由： 申請者が未成年者で口座を有しない

その他（ _____ ）

なお、この債権振込に関し紛議が生じた場合は、私が責任を負います。

記

（支払内容） 精神障害者医療費助成 月支払い分
（申請月：令和 年 月）

（金額） ¥ _____

（法定代理人）

住 所	〒 -	
氏 名		
入院していた精神障害者との続柄		
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	
日中の連絡先	() -	

振込み先金融機関

金融機関名		
支 店 名		
預 金 種 別	普通・当座	
口 座 番 号		
（フリガナ） 口 座 名 義	-----	

あて先 浜松市長

債権振込依頼書

私 _____ は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に死亡した

債権者： _____ の浜松市に対する債権のうち、被相続に係る精神障害者医療費助成金について、相続人として、下記のとおり振込みを依頼します。

なお、この相続の承継に関する紛議等が生じた場合は、私が責任を負います。

記

（支払内容） 精神障害者医療費助成 月支払い分
（申請月：令和 年 月）

（金額） ¥ _____

代表相続人

住所	〒 _____ - _____
氏名	_____
入院していた精神障害者との続柄	_____
生年月日	_____ 昭和・平成 年 月 日
日中の連絡先	(_____) - _____

振込み先金融機関

金融機関名	_____	
支店名	_____	
預金種別	普通・当座	_____
口座番号	_____	
(フリガナ) 口座名義	_____	