

上越市精神障害者入院医療費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、精神障害者及びその家族の経済的及び精神的な負担を緩和するため、精神障害者の入院に係る医療費の一部について、予算の範囲内で交付する助成金の交付に関し、上越市補助金交付規則（昭和46年上越市規則第56号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付を受けることができる人（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する人とする。

(1) 次のアからカまでのいずれにも該当する人

ア 市内に住所を有すること。

イ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第45条第2項に規定する精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日付け厚生省発児第156号事務次官通知）に基づく療育手帳の交付を受けていること。

ウ 精神保健福祉法第19条の5に規定する精神科病院の精神病床に入院していること。

エ 新潟県重度心身障害者医療費助成事業実施要領（平成14年5月16日障第145号）第5第1項に規定する支給の制限を準用し、次のいずれにも該当しないこと。

(ア) 本人の前年（1月から8月までの期間における助成金にあつては、前々年。以下同じ。）の所得が、所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する控除対象配偶者及び扶養親族（以下「扶養親族等」という。）の有無及び数に応じて、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年政令第207号。以下「施行令」という。）第7条に定める額を超えること。

(イ) 本人と同一の世帯に属する配偶者又は民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者で本人の生計を維持すると市長が認めるものの前年の所得が、扶養親族等の有無及び数に応じて施行令第2条第2項に定める額を超えること。

オ 生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者でないこと。

カ 戦傷病者特別援護法（昭和38年法律第168号）第9条第1号に規定する療養の給付、同条第4号に規定する更生医療の給付、精神保健福祉法第29条第1項の規定による措置、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第7条第1項に規定

する保険給付その他法律等の規定による給付を受けていないこと（自己負担額がある場合を除く。）。

(2) 前号に規定する人に準ずると認められる人

(助成対象者の認定)

第3条 助成対象者は、入院に係る医療費の助成を受けようとするときは、上越市精神障害者入院医療費助成認定申請書（第1号様式）を市長に提出し、あらかじめ認定を受けなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、認定の可否を決定したときは、上越市精神障害者入院医療費助成^{認定}通知書（第2号様式）により通知するものと却下する。

(認定の有効期間)

第4条 認定の有効期間は、前条第1項の規定による申請の日の属する月の初日から同日後最初に到来する8月31日（同日前に第10条各号のいずれかに該当する場合は、同条各号のいずれかに該当する日の属する月の末日）までとする。

(認定の更新)

第5条 第3条第2項の規定により認定を受けた人（以下「認定者」という。）は、当該認定の更新を希望するときは、市長が別に定める期間内に上越市精神障害者入院医療費助成更新申請書（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、更新の可否を決定したときは、上越市精神障害者入院医療費助成更新^{認定}通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

(助成金の額)

第6条 助成金の額は、認定の有効期間内において、1月につき5,000円とする。

(助成の実施)

第7条 市長は、認定者に対し、毎年度、4月から8月までの期間における助成金を9月に、9月から11月までの期間における助成金を12月に、12月から翌年3月までの期間における助成金を4月にそれぞれ支払うものとする。

(実績報告の特例)

第8条 規則第8条第1項の規定による実績報告は、医療機関による入院証明の記載された申請書を市長に提出することにより行うものとする。

(入院状況の確認等)

第9条 市長は、第7条の規定により助成を実施しようとするときは、医療機関に対し、当該認定者に係る入院状況の確認を行うものとする。

(資格喪失の届出等)

第10条 認定者（認定者が死亡している場合は、その相続人）は、認定者が次の各号のいずれかに該当するときは、速やかにその旨を文書で市長に届け出なければならない。

- (1) 退院したとき。
- (2) 第2条各号のいずれにも該当しなくなったとき。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成14年4月1日から実施する。
(平成14年度の助成の実施の特例)
- 2 平成14年4月30日までに第3条第2項の規定による認定の申請を行った人で同条第3項の規定により認定を可とする旨の決定を受けた人に対する第7条の適用については、平成14年度に限り、同条第1項中「認定のあった日の属する月の翌月」とあるのは「申請があった日の属する月」とする。
(市町村合併に伴う特例)
- 3 第2条に規定する対象者で、平成17年1月1日前にこの要綱に相当する旧安塚町、旧牧村、旧柿崎町、旧大潟町、旧頸城村、旧吉川町、旧中郷村、旧板倉町、旧清里村及び旧三和村の要綱等に基づき助成を受けていた人は、同日から同年8月31日までの間、この要綱に基づき認定を受けた人とみなす。

附 則

この要綱は、平成14年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年1月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年7月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から実施する。
(経過措置)

2 改正後の上越市精神障害者入院医療費助成金交付要綱の規定は、この要綱の実施の日以後に申請のある助成金の交付について適用し、同日前に申請のあった助成金の交付については、なお従前の例による。

3 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の上越市精神障害者入院医療費助成事業実施要綱に規定する様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の上越市精神障害者入院医療費助成金交付要綱に規定する様式の相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成24年4月1日から実施する。

(経過措置)

2 改正後の上越市精神障害者入院医療費助成金交付要綱の規定は、この要綱の実施の日以後に申請のある助成金の交付について適用し、同日前に申請のあった助成金の交付については、なお従前の例による。

3 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第3号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第3号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

この要綱は、平成24年9月20日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

(経過措置)

2 改正後の第2条及び第10条の規定は、平成27年4月以後の月分の助成金の交付について適用し、同年3月分までの助成金の交付については、なお従前の例による。

3 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第3号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第3号様式に相当する様式として使用することができる。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成28年1月1日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱の実施の際現に交付され、又は保有している改正前の第1号様式及び第3号様式は、当分の間、適宜、適切な修正を加えて、改正後の第1号様式及び第3号様式に相当する様式として使用することができる。

第1号様式（第3条関係）

上越市精神障害者入院医療費助成認定申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

住 所

氏 名

電話番号

上記のとおり精神障害者の入院に係る医療費の助成の認定を申請します。

助成対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	上越市				
	個人番号					
障害の内容	精神障害者 保健福祉手帳	交付年月日	手帳番号	有効期限	等級	
	療育手帳	交付年月日	手帳番号	有期判定	障害の程度	
				有 () ・無	A・B	
振込指定機関	口座名義人		金融機関名	支店名		
	フリガナ					
	氏名		口座番号			
連絡先	住所					
	氏名		電話番号			

上越市精神障害者入院医療費助成認定に関し、 課の職員が行う以下の事項について承諾します。

ア 本人並びに本人と同一の世帯に属する配偶者及び扶養義務者全員に係る課税関係書類の閲覧

イ 入院状況に係る医療機関への照会

助成対象者氏名 ㊟

備考

- 1 認定の審査に課税内容及び入院状況の確認が必要となりますので、署名及び押印をしてください。
- 2 アに承諾しない場合又は本市が保有する情報で確認できない場合は、所得課税証明書を添付してください。

※ ここから下は、医療機関で記入してもらってください。

入院証明	入院者氏名				
	入院開始日	年 月 日			
	上記のとおり精神病床に入院していることを証します。				
	医療機関	住所	年 月 日		
		名称			
		代表者氏名	㊟		

第2号様式（第3条関係）

認定
上越市精神障害者入院医療費助成 通知書
却下

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付で申請のあった精神障害者の入院に係る医療費の助成の認定
と お り 認 定
について、次の 理由により申請を却下 したので通知します。

認 定	年 月分の入院に係る医療費から助成します。
却 下 の 理 由	

第3号様式（第5条関係）

上越市精神障害者入院医療費助成更新申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所

氏 名

㊦

個人番号

電話番号

年 月 日付け 第 号で認定のあった精神障害者の入院に係る医療費の助成に関する認定の更新を申請します。

連絡先	住 所			
	氏 名		電話番号	

上越市精神障害者入院医療費助成認定の更新に関し、 課の職員が行う以下の事項について承諾します。

- ア 世帯員全員に係る課税関係書類の閲覧
- イ 入院状況に係る医療機関への照会

助成対象者氏名

㊦

備考

- 1 認定の更新の審査に課税内容及び入院状況の確認が必要となりますので、署名及び押印をしてください。
- 2 アに承諾しない場合又は本市が保有する情報で確認できない場合は、所得課税証明書を添付してください。

第4号様式（第5条関係）

認定
上越市精神障害者入院医療費助成更新 通知書
却下

第 号
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付けで申請のあった精神障害者の入院に係る医療費の助成に関する認定の更新について、次のとおり認定したので通知します。
理由により申請を却下

認定	年 月分の入院に係る医療費から助成します。
却下の理由	