

## 精神障害者医療費助成事業について

魚沼市では、疾病の早期治療及び発病の予防を促進し、福祉の増進に寄与することを目的として、精神疾患で医療機関を受診された際の医療費の助成を行って助成を希望される方は下記により申請してください。

- ◎ 対象者 魚沼市に住所を有する精神障害者の後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者又は対象者の属する世帯の世帯主  
※ただし、生活保護を受給されている方は対象になりません。
- ◎ 助成範囲 精神障害による入院（食事療養費含む。）又は通院にかかった費用
- ◎ 助成額 一部負担金又は各健康保険法などの法令その他要綱等に基づく自己負担額を支払った場合において、その支払額から付加給付等で補てんされた額を除いた額の1/2の額  
※必ずしも領収書額面の1/2になるとは限りません。
- ◎ 申請方法 次により申請してください。
  - ① 申請書（「精神障害者医療費助成申請書」）
  - ② 添付書類
    - ・ 医療機関等の領収書  
自己負担額を支払った日から6か月以内のもの。  
（申請書に医療機関等から領収の証明を受けている場合は不要ですが、証明を受けるには手数料がかかる場合がありますので、医療機関等に確認してください。）
    - ・ 健康保険証の写し  
初回又は変更があった場合に必要です。
    - ・ 医師の診断書  
初回のみ必要です。  
※「精神障害者保健福祉手帳」又は「自立支援医療受給者証（精神通院）」をお持ちの方は不要です。
  - ③ 振込口座の通帳の写し  
初回又は振込口座を変更する場合に必要です。
- ◎ 申請先 魚沼市役所(本庁舎1階) 市民福祉部 福祉支援課 障害福祉係  
(北部事務所(北部庁舎)・北部事務所入広瀬分室(入広瀬会館)の窓口、郵送においても受付します)

《お問合せ先・送付先》

**魚沼市 市民福祉部 福祉支援課 障害福祉係**

〒946-8601 魚沼市小出島 910 番地 魚沼市役所 1 階  
TEL 792-9767(直通) FAX 792-5600