

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

(あて先)富山市保健所長

申請者の氏名

印

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係

申請者の電話番号

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(第37条・第37条の2)の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
個人番号					
保険者等の種別	社保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)				
	後期高齢者医療				
	生保(保護受給中・保護申請中) その他()				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格		有・無		年 月 から	

患者票又は通知書を指定医療機関へ直接送付することに 同意する・同意しない

添付書類(法第37条の場合のみ)

1. 入院勧告書又は入院措置書(入院期間延長措置書)の写し
2. 世帯全員の住民票の写し

自己負担額認定に必要な住民記録情報を貴職が調査することに 同意する・同意しない

(同意する場合は、『住民票の写し』の提出は不要。)

3. 患者と生計を一にする扶養義務者の市町村民税額を証明する書類

(別紙同意書を提出した場合は、『所得・課税証明書』または『非課税証明書』の提出は不要。

なお、当方の調査で所得状況が確認できない場合は、所得状況が確認できるものの提出を求める。)