

# 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<br>種別                   | 社保（本人 ・ 家族）      国保（一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族）<br>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<br>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）

- 入院勧告書又は入院措置書（入院期間延長措置書）の写し
- 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。)

- 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。)