様式4-3-1（第37条関係）

感染症患者入院医療費公費負担申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

福島市保健所長　様

 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

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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 患者の住所 |  |
| 個人番号 |  |
|  | 健　保（本人・家族）　　国　保（一般・退職本人・退職家族） |
| 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 |
| 家族の状況 | 人員 |  | 続柄 | 年齢 | 住所（患者の住所と異なる場合） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 受付書類 | １　入院（勧告）通知書の写し　　２　被保険資格を証するもの３　所得（課税）証明書等（患者本人、配偶者、絶対的扶養義務者）４　世帯全員の住民票の写し |
| （注）絶対的扶養義務者とは、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（自己に対して三親等以内の直系家族及び兄弟姉妹）をいう。 |

本人確認　１種類　□個人番号カード　□運転免許証　□その他（　　 　　　）

　　　　　　　　２種類　□通知カード　□被保険者証　□住民票