様式第10号(第16条関係)

感染症患者医療費負担申請書

年　　月　　日

福井県知事　様

申請者　住所
氏名　　㊞
個人番号
患者との関係

感染症に係る医療に要する費用の負担を受けたいので、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1項／第37条の2第1項）の規定により、次のとおり申請します。

1　患者の氏名			2　性別	男・女
3　生年月日	年　　月　　日	4　個人番号		
5　患者の住所				
6　保険者等の種別	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（　　）			
7　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	

備考

1　申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

2　この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

(1)　第37条第1項の規定による申請にあつては、次に掲げる書類

ア　入院の勧告または措置に係る保健所長からの通知書の写し

イ　患者ならびにその配偶者および民法(明治29年法律第89号)第877条第1項に定める扶養義務者の所得の額を証明する書類(市町村長の発行する所得証明書など)

(2)　第37条の2第1項の規定による申請にあつては、診断書等