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

　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

　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