

感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

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。

申請者の氏名 \_\_\_\_\_

申請者の住所 \_\_\_\_\_

申請者の個人番号 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

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	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			

【患者又はその保護者が署名】

熊本県が個人番号を利用して、住所地の市町村から本申請に必要な地方税関係情報の提供を受けることに同意します。

署名 \_\_\_\_\_