様式第2７-1号　　　　**結核医療費公費負担申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（あて先）

川越市保健所長

　　　　　　　　　　　　　申請者の氏名

（〒　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　住　　　　所



　　　　　　　　　　　　　申請者の個人番号

　　　　　　　　　　　　　連　 絡　 先

　　　　　　　　　　　　　患者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （記入は申請者の自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第 37 条

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２　の規定により医療費公費負担を申請します。 (いずれかに○)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患  者 | フ　リ　ガ　ナ  氏　名 |  | | | | | | | | | | 性別 | | | | 生  年  月  日 | | | 年 　　月 　　日 |
|  | | | | | | | | | | 男・女 | | | |
| フ　リ　ガ　ナ  住　所 | （〒　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 保護者 | フ　リ　ガ　ナ  氏　名 |  | | | | | | | | | | 患者との  関　　係 | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ  住　所 | （〒　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）  後期高齢者　　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 | | | | | |

※注１　保護者の欄は、患者が未成年者等の場合に記入し、住所が患者と同様の

　　　場合は省略可です。

注２　裏面の書類を添付してください。

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条に基づく事務手続きを処理するために限り、私の　　　　年度（入院継続により、直近の７月1日時点での再認定が必要な場合は、併せて　　　　年度）の地方税関係情報について取得することに同意します。

申請者署名

**※自署すること**

　　　　　　　　裏面へ

　※　次の書類を添付してください。（②～③については、初回のみ）

　　　①入院勧告・措置書及び入院期間延長勧告・措置書（写し）

　　　②患者・患者の配偶者・患者と生計を一にする扶養義務者（祖父母、父母、

　　　　子、孫、兄弟姉妹）の個人番号提供用紙

　　　③患者の属する世帯全員の住民票の写し

※保健所使用欄（記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 番号確認 | 身元確認 |
| □個人番号カード　　□通知カード  □住民票の写し又は住民票記載事項証明書  　（個人番号が記載されたものに限る。） | □運転免許証又は運転経歴証明書　　□パスポート  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

(R01)