

## 感染症患者医療費公費負担申請書（同意書）

年 月 日

大分県知事 殿

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
{
初回・継続
再・変更
}
を申請します。

また、第37条については、

1. 世帯全員の住民票及び市町村民税課税年額を証明する書類を添付します。
  2. 同条に基づく医療に関する費用の自己負担額を決定するために限り、世帯状況及び地方税法関係情報について、住所地の関係機関から報告を求めることに同意します。
- (2に○を付けた場合は、世帯員全員の同意が必要となりますので、裏面の世帯員記載欄に世帯員の方の署名等をしてください)

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( \_\_\_\_\_ )

電話番号( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)
住所	電話( _____ - _____ - _____ )		
個人番号※			
被保険者等の別	健康保険 (本人・家族) 国民健康保険 (一般・退職本人・退職家族) 生活保護 (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	

申請に必要な添付書類 ※個人番号は、保健所の職員が確認する

- 1 医師の診断書
- 2 エックス線写真等 (X線 枚、CT 枚、その他 \_\_\_\_\_ )
- 3 37条初回時公費負担申請者のみ
  - ・患者の世帯全員の住民票
  - ・患者の世帯全員の所得税納税証明書等

**【委任状】**

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

<委任する内容> 感染症患者医療費公費負担申請に係る手続き

年 月 日

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## 同意書

下記の者は、感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条または20条に基づく入院に係る患者の自己負担額を決定するための事務手続を処理するために限って、個人番号を利用して地方税関係情報について取得することに同意します。

表面の2に○を付けた場合は、以下に世帯員全員の個人番号等を記載してください。

続柄	氏名	生年月日	1月1日時点 の市区町村	個人番号															
	印																		
	印																		
	印																		
	印																		
	印																		
	印																		

<記載要領>

- 1 同意する者が自ら署名を行なうか、押印すること
- 2 申請時の住所と直近の1月1日時点の住所が異なる場合は、1月1日時点の住所の市町村名を記載すること