様式第7号（第7条関係）

医療費公費負担申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）金沢市保健所長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | |
|  | 氏名 |  | |
|  | 個人番号 |  | |
|  | 電話番号 |  | |
|  | 患者との関係 | |  |

　医療費の公費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

第37条第１項

第37条の２第１項

第44条の３の２第１項

第50条の３第１項

関する法律　　　　　　　　　　　　　 　　　　　の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 | 氏名 |  | | | | | 性別 | |  | | 生年月日 | | |  | | | |
| 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 ）  後期高齢　 生保（ 保護受給中・保護申請中 ） その他（ 　） | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　次の書類を添付してください。

(1)　法第37条第１項に規定する申請の場合

ア　入院勧告等通知書の写し

イ　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施行規則第20条第２項第２号の通

知の写し

ウ　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施行規則第20条第２項第３号の書

　類

(2)　法第37条の２第１項に規定する申請の場合

ア　当該医療を受けようとする医師の診断書

イ　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施行規則第20条の３第２項第２号

のエックス線直接撮影写真

　　　 (3)　 法第44条の３の２第１項又は第50条の３第１項に規定する申請の場合

　　　　　ア　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施行規則第23条の９第２項第１号

（同令第23条の18において準用する場合を含む。）の通知の写し

　　　　　イ　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施行規則第23条の９第２項第２号

（同令第23条の18において準用する場合を含む。）の書類

　　　２　申請者の住所及び氏名の欄には、法人が患者の保護者の場合にあっては、当該法人の主たる事務

所の所在地及び名称を記入してください。

※法37条の２第１項に規定する申請の場合、

患者票または通知書を指定医療機関へ直接送付することに　同意する　 ・　 同意しない

