

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

関する法律 { 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 } 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엑스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。

金沢市 確認欄	番号	個人 通知 住民 端末 ()	代理	法定 戸籍 本人 委任	備考
	本人	個人 免許 手帳 在留 旅券 住基B 保険 介護 年金 その他 ()			