

医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

（宛先）金沢市保健所長

申請者 住所 _____
氏名 _____
（自署又は記名・押印） _____
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 } の規定により申請します。

患者	氏名		性別		生年月日	年 月 日
	住所	金沢市				
	個人番号					
	保険者等の種別					

- （注）1 次の書類等を添付してください。
- (1) 法第37条第1項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
- 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つては、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。