

様

金沢市保健所長

医療費公費負担決定通知

年 月 日付けで申請のありました医療費公費負担について、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 項の規定に基づき、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

公費負担番号							
受給者番号							
患者氏名						生年月日	
患者住所	金沢市						
公費負担の期間	年 月 日から						
病名					医療機関名		
自己負担額	円				医療保険の種類		
備考	この医療費公費負担は、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に基づく入院勧告による入院期間のみ有効であり、入院勧告解除の場合は、その時点で終了となります。						