

年 月 日

那覇市保健所長 宛

(申請者)

住 所

氏名

印

個人番号

患者との続柄

感染症医療費公費負担申請書

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項の規定により、次のとおり申請します。

患者	住 所											
	ふりがな 氏 名											
	生年月日	年 月 日			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
	個人番号											
保険等の種別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者医療制度(年 月から) 生保(保護受給中・保護申請中) その他()											
医療機関への 送付にかかる同意	<input type="checkbox"/> 公費負担について、患者票等を医療機関へ直接送付することに同意します。											

(添付書類)

- 1 入院勧告又は入院措置又は入院期間の延長に係る通知書の写し
- 2 本人並びに配偶者及びその他扶養義務者の所得税額等の証明書
- 3 その他市長が必要と認める書類