（様式７－①）

感染症患者医療費公費負担申請書

平成　　年　　月　　日

徳島県知事　　殿

申請者の氏名　　印

申請者の住所

申請者（保護者の場合）の個人番号

患者との関係

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 条の規定により医療費公費負担を申請します。

【委任状】私の感染症患者医療費公費負担申請の手続きに関しては次の者に委任します。　受任者　　印

平成　　年　　月　　日　　委任者　　印

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日
住　所	（〒　　－　　） 電話番号　（　　）　－				
個人番号					
個人番号を利用して市町村から地方税関係情報の提供を受けることに同意します。氏名					
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 ）				
	生保（ 保護受給中・保護申請中 ）　その他（　　）				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有 ・ 無	昭和・平成　　年　　月から			
病　名					
受療医療機関	名　称				
	所在地				

※申請者の記名・押印は、申請者の自署によってこれに代えることができる。

（添付書類）

1　法に基づく入院勧告書等の写し

2　患者並びにその保護者及び扶養義務者の当該費用の負担能力を把握するために知事が必要と認めた書類