

感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

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。

申請者の氏名 _____

申請者の住所 _____

患者との関係 _____

徳 島 県 知 事 殿

| | | | | | |
|---------------|--|----|--------|------|------------------|
| 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 () - | | | | |
| 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 () | | | | |
| 老人保健法の医療の受給資格 | 1 あり 2 なし | | 年 月 から | | |
| 病 名 | | | | | |
| 受療医療機関 | 名 称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |

(添付書類)

- 1 法第23条、26条に規定する入院勧告通知の写し
- 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知事が必要と認めた書類