

(あて先) 川崎市保健所長

同意書

感染症入院患者医療費公費負担申請に伴い、自己負担額の認定のため、貴職が患者、当該患者の配偶者及び扶養義務者に係る市町村民税に関する情報を調査することに同意いたします。

なお、基準日時点で、市外に住民票があった方は別途対応をお願いする場合がございます。

記入日 年 月 日

連絡先（氏名）

(TEL)

フリガナ					T S H R
氏名		続柄	患者本人	生年月日	年 月 日
住所					
1月1日の 住民登録地	☐ 現住所と同じ				
フリガナ					T S H R
氏名		続柄		生年月日	年 月 日
住所	☐ 患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	☐ 患者本人と同一				
フリガナ					T S H R
氏名		続柄		生年月日	年 月 日
住所	☐ 患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	☐ 患者本人と同一				

記入上の注意

- 1月1日の住民登録地は新型コロナウイルス感染症により入院していた時期により記載いただく内容が異なります。1月から6月の場合は入院していた年の前年、7月から12月の場合は入院していた年の1月1日の住民登録地を記載してください。
- 患者、当該患者の配偶者及び扶養義務者は全員対象です。
- 続柄は患者本人から見た続柄を記入してください。
- 記入欄が不足する場合は、欄外に記載して差し支えありません。

フリガナ		続柄		生年月日	T S H R
氏名					年 月 日
住所	□患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	□患者本人と同一				
フリガナ		続柄		生年月日	T S H R
氏名					年 月 日
住所	□患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	□患者本人と同一				
フリガナ		続柄		生年月日	T S H R
氏名					年 月 日
住所	□患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	□患者本人と同一				
フリガナ		続柄		生年月日	T S H R
氏名					年 月 日
住所	□患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	□患者本人と同一				
フリガナ		続柄		生年月日	T S H R
氏名					年 月 日
住所	□患者本人と同一				
1月1日の 住民登録地	□患者本人と同一				

患者本人に対し現物給付を行う場合（都道府県等が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（平成10年法律第114号。以下「法」という。）第37条の入院患者に対する公費負担の実施及び法第42条の療養費の支給について、当該患者等に対し直接入金しない場合）であって、かつ、法第37条第2項の患者の自己負担額の徴収を行わない場合には、費用負担する旨の決定通知を行わない場合があります。

（問い合わせ先）

健康福祉局保健医療政策部感染症対策担当

TEL：044-200-2441

MAIL：40kansen@city.kawasaki.jp