第8号様式

|  |
| --- |
| 感染症入院患者医療費公費負担申請書  　　年　　月　　日  (宛先)川崎市保健所長  申請者　住所  氏名  ~~個人番号~~  患者との関係  電話番号  　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、入院医療費(結核に係るものを除く。)の公費負担を申請します。  1　患者の住所  氏名  生年月日　　　　　　年　　月　　日  性別　　□男　　　□女  ~~個人番号~~  下記、当てはまる方にチェックしてください。  🞎　課税状況の調査に関する同意書を同封します。  🞎　課税状況の調査に関する同意書は、  患者が記入し、当院から保健所に送付します。  🞎　課税状況の調査に関する同意書は  患者が記入し、患者から保健所に直送します。  🞎　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  2　被保険者等の別  　 □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(　　　　年　　　月から)  　 □生保(保護受給中・保護申請中)  　 □その他(　　　　　　　　　　　　)  3　感染症の名称  4　医療機関の名称及び所在地  5　入院年月日 |

注　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

添付書類

1　入院勧告書、入院措置書、入院期間延長書又は入院期間延長措置書の写し

2　患者及びその配偶者並びに民法第877条第1項に定める扶養義務者の費用の負担能力を証明す　る書類

(1)　生活保護を受けている場合は、被保護者であることを証明する居住地の福祉事務所長の証　　明書

(2)　中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の　　自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合は、被支援者であることを証明　　する市長の証明書

(3)　市（区）町村長が発行する市町村民税の納税通知書又は課税証明書