様式結第10-1号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **感染症患者医療費公費負担申請書**  佐賀県知事　様  平成　　　年　　月　　日  第37条  第37条の2  第42条  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  の規定により医療費を申請します。  申請者氏名※1　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  申請者住所  申請者の個人番号※2  患者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の氏名 |  | | | | | 性別 | 男・女 | | | 生年月日 | | | 年　 月　　日 | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号※2 |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 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（　受給中 ・ 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 | | | |  | | | | | | | | |
| ＊保健福祉事務所記載欄（申請者の記載は不要です）  □個人番号の確認（書類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □本人もしくは代理人の身元確認（書類：　　　　　　　　　　　　　　）  □代理権の確認（書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  確認者： | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1自署の場合は押印不要

※2情報連携が可能となるまでの間は、従前のとおり自己負担額算定のため所得税関係書類等を添付すること。

◇提出された個人情報は、感染症患者医療費公費負担申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。