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  令和　　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  申請者住所  申請者の個人番号※1  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 37条第１項に規定する申請の場合は、住民票謄本を添付すること。

◇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。

様式結第10－1号関係

患者と生計を一にする者（配偶者及び直系血族・兄弟姉妹（代理申請者を除く））

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名・個人番号 | | | | | | | | | | | | 続柄 |
| 1 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | （ふりがな） | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

◇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。