初回 ・ 継続 回目
/ ～ /

様式第27-1号

結核医療費公費負担申請書

年　　月　　日

（あて先）
川越市保健所長

申請者の氏名

（〒　　）
住　　所

申請者の個人番号

連　絡　先

患者との続柄

（記入は申請者の自署）

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37条の2）の規定により医療費公費負担を申請します。
（いずれかに○）

患者	フリガナ 氏　名		性別 男・女	生年月日	年　月　日
	フリガナ 住　所	（〒　　）			
	個人番号				
保護者	フリガナ 氏　名		患者との関係		
	フリガナ 住　所	（〒　　）			
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） 後期高齢者　生保（保護受給中・保護申請中）　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	年　月から			

※注１　保護者の欄は、患者が未成年者等の場合に記入し、住所が患者と同様の場合は省略可です。
注２　裏面の書類を添付してください。

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条に基づく事務手続きを処理するために限り、私の　　年度（入院継続により、直近の７月１日時点での再認定が必要な場合は、併せて　　年度）の地方税関係情報について取得することに同意します。

申請者署名

※自署すること

裏面へ

※　次の書類を添付してください。（②～③については、初回のみ）

①入院勧告・措置書及び入院期間延長勧告・措置書（写し）

②患者・患者の配偶者・患者と生計を一にする扶養義務者（祖父母、父母、子、孫、兄弟姉妹）の個人番号提供用紙

③患者の属する世帯全員の住民票の写し

※保健所使用欄（記入しないでください。）

番号確認	身元確認
□個人番号カード　□通知カード □住民票の写し又は住民票記載事項証明書 （個人番号が記載されたものに限る。）	□運転免許証又は運転経歴証明書　□パスポート □その他 （　　） （　　）

(R01)