

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		被用者（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（ ） 不明		
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 （ ） （ ）

(R08)