

様式第22号(第7条関係)

感染症入院 医療費
療養費 公費負担申請書

年 月 日

(あて先)静岡市保健所長

住所
申請者 氏名
電話

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
第42条第1項の規定により

入院医療費
入院療養費 の公費負担を申請します。

感染症の名称						
感染症の患者・ 新感染症にかかっ ていると疑われる者・ 無症状病原体保有者	氏名	年 月 日生	年齢		性別	
	住所					
被保険者等の種別	1 健保本人 2 健保家族 3 国保一般 4 国保退職本人 5 国保退職家族 6 後期高齢者 7 生活保護(保護受給中) 8 生 活保護(保護申請中) 9 自費・その他() 10 不明					
申請者と患者等との 関係						
法第42条第1項の 規定に基づく申請の 場合は、緊急その他 やむを得ない理由	医師 氏 名 (印)					

(注)

- 1 申請者氏名欄には、申請者が署名し、又は記名押印してください。
- 2 この申請書には、次の書類を添付してください。
 - (1) 入院勧告書若しくは入院通知書又はその写し
 - (2) 所得税課税状況等証明書
 - (3) 住民票の写し
 - (4) 法第42条の規定に基づく申請の場合は、療養費明細証明書