

医療費公費負担申請書

年 月 日

世田谷保健所長 あて

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。

- ☐ 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（以下「法」という。）
第44条の9第1項の規定により準用される法第37条第1項に規定する医療費
- ☐ 法第8条各項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費
- ☐ 法第53条第1項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費

申請者氏名

患者との関係

申請者住所

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
保険者等の種別	社保（本人・家族） 国保 後期高齢		
	生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）		
入院勧告等を受けた日		年 月 日	
(注) 法第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第9号の2様式を使用すること。			