第17号様式　　（表）

結核医療費公費負担申請書（同意書）

横浜市長

年　　月　　日

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／第37条の２第１項）の規定により、医療費公費負担を申請します。

また、第37条第１項については入院勧告書（又は入院措置書、入院延長勧告書、入院延長措置書）を添えるとともに

１　世帯全員の住民票及び市町村民税の課税年額を証明する書類を添付します。

２　同条に基づく医療に関する費用の自己負担額を決定するために限り、世帯状況及び地方税関係情報について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

（２に〇を付けた場合は、世帯員全員の同意が必要となりますので、下の世帯員記載欄に世帯員の方の署名等をしてください。）

※ 上記１か２のいずれかを〇で囲んでください。

申請者の氏名（未成年の場合は保護者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿

患者氏名		性 別	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
患者住所					
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（　）				

第37条第１項については以下も記入してください。

世帯員記載欄（本人も含めて、生計を共にする親族全員の方が記載してください。）

患者との続柄	氏　名	年 齢	職 業	上記２を選択した場合は、どちらかに〇をつけてください
本　人				同意します・同意しません
				同意します・同意しません
				同意します・同意しません
				同意します・同意しません
				同意します・同意しません
				同意します・同意しません

（裏）

氏　名	患者との関係	個　人　番　号											
	本人												