

【横浜市にお住まいの方】

第14号様式

## 感染症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（結核を除く）の規定により、入院勧告費公費負担を申請

「2」に○をしていただくことで、「住民票及び市町村民税の所得割額を証明する書類」の提出を省略することができます。

1 世帯全員の住  
2 同条に基づく  
地方税関係情

を添えて医療  
ます。  
世帯状況及び  
します。

（この場合は、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○で囲んでください。

申請者の氏名（未成年の場合は保護者） 横浜 太郎

申請者の住所 横浜市〇〇区〇〇町△-△-△△

申請者の電話番号〇〇〇-●●●-〇〇〇〇〇 患者との関係 本人

患者氏名	横浜 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	〇年 〇月 〇日（〇歳）
患者住所	横浜市〇〇区〇〇町△-△-△△				
保険者等の種別	健康保険 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 国保（一般・退職本人・退職家族）				
	生保（保護受給中・保護申請中）				
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 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		後期高齢者医療保険の方以外は「無」に○をお願いします。		

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○をつけてください
本人	横浜 太郎 印	〇歳	〇〇業	<input checked="" type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません
妻	横浜 花子 印	□歳	□□業	<input checked="" type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません
子	横浜 太一郎 印	△歳		<input checked="" type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません
	印			<input type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません
				<input type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません
				<input type="radio"/> 同意します <input type="radio"/> 同意しません

・「同意します」に○をお願いします。  
・住民票上同じご世帯の方を全員記載の上、朱肉印を押印してください。

署名又は記名押印してください。