

感染症医療費公費負担申請書（同意書）

横浜市長

令和3年4月1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27条（結核を除く）の規定により、**「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。**（健康保険証の写しの提出は省略できません）

- 世帯員全員の同意書（同意書）を添付します。
- 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。（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◆◆区◆◆△-△-△△
 申請者の電話番号 ○○○-●●●-◎◎◎◎ 患者との関係 本人

患者氏名	横浜 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	○年 ○月 ○日（○歳）
患者住所	横浜市◆◆区◆◆△-△-△△				
保険者等の種別	健康保険 <input checked="" type="radio"/> 本人・家族	国保	<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。	
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	年	月	日から

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	○歳	○○業	<input checked="" type="radio"/> 同意します・ <input type="radio"/> 同意しません
妻	横浜 花子	□歳	△△業	<input checked="" type="radio"/> 同意します・ <input type="radio"/> 同意しません
子	横浜 一郎	△歳		<input checked="" 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
				<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の情報をを全員記載してください。