

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 37 条の 2 の規定により、感染症指定医療機関医療担当規程第 7 条に基づく意見書を添えて医療費公費負担を申請します。

また、第37条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 私の世帯で収入がある者の前年の所得税額を証する書類を添付します。
- 2 申請者である私、並びに申請者の世帯員である私は、それぞれの市民税の課税状況につき、市長が税務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又は記名押印を必ず行ってください。

- 3 私の世帯で収入がある者の前年分の所得税額を合算した額が147万円を超えていることを申告します。

※ 1 から 3 のいずれかを○で囲んでください。

申請者の氏名 _____ 電話番号 _____ () _____

申請者の住所 _____ 患者との関係 _____

患者氏名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日
患者住所					
個人番号					
保 険 者 等 の 種 別	健康保険（本人・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）		その他（ ）		
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・無		年 月から		

第37条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について、記載してください。）				
患者との続柄	氏 名	年 齢	職 業	押印欄
本 人				印
				印
				印
				印

※ 所得税額を合算した額が、147万円を超える場合には、自己負担額が発生します。