様式１６（第３７条関係）

|  |
| --- |
| 感染症患者医療費公費負担申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　愛知県知事　殿申請者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者の住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との関係（続柄）　　　　　　　　　　　　　　　※申請者が患者本人である場合（「患者との関係」が本人となる場合）には「申請者の氏名」、「申請者の住所」の項目は，記載を要しません。　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条の規定により医療費公費負担を申請します。 |
| 患者の氏名 |  | 生年月日 |  　年　 　月　　 日 |
| 患者の住所 |  |
| 被保険者等の　種　別 | 協会けんぽ（本人・家族） 　　　　組合健保（本人・家族）　　 共済（本人・家族）国保（一般・退職本人・退職家族） 後期高齢　　　　　　　　 日雇保険（本人・家族）労災　　　　　　　　　　　　　　 生保（保護受給中・保護申請中）その他（　　　　　　） |
| 申請者添付書類及び確認事項【申請書提出前に、下記事項をご確認し、申請者確認欄をチェック☑の上ご提出ください。】 | 申請者確認欄 |
| １ | 患者の属する世帯全員の住民票（原本）※続柄の記載されたもの | □ |
| ２ | 世帯調書（様式は別添のとおり） | □ |
| ３ | 世帯調書に記載されている方全員の市町村民税の所得割額を証明する書類（原本） | □ |
| ４ | 入院勧告・措置に関する書面通知の写し | □ |
| ５ | 健康保険証の提示又は写し（コピー） | □ |
| 確認 | この公費負担制度は、患者と同一世帯全員の市町村民税の所得割額の合算額が５６万４千円を超えた場合、月額２万円を上限として自己負担が生じます | □ |

（備考）

保健所受付印

※自己負担が生じる場合のみ、公費負担決定通知書を送付します。

※自己負担については、患者又は法定代理人に対して請求します。

（ただし、民法第643条の規定により権限が委任されている場合は

申請者、患者が亡くなっている場合は、民法第887条又は第889条、

第890条における法定相続人に対して請求します。）

保健所受付印