

# 結核患者医療費公費負担申請書 A

【初回・継続・変更】申請

令和 年 月 日

京都府知事 様

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  
 により医療費公費負担を申請します。

ふりがな  
 申請者の氏名

患者との  
 関係 （ 本人・保護者  
 その他（ ） ）

申請者の住所

申請者の個人番号 ※

※申請者が患者本人の場合は省略できます。

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	TEL ( )				
個人番号 <small>(初回申請時のみ記載)</small>					
保険者等の 種 別	健保(本人・家族)		国保(一般・退職本人・退職家族)		
	生保(受給中・申請中)		後期高齢者医療		その他( )
被保険者証の記号・番号					

**【留意事項】**

法第37条による申請で、病状等やむを得ない事由がある場合は、医療機関と相談のうえ、申請手続きを代行してもらうことができます。この場合、記入後の申請書は封筒に入れて医療機関に提出してください。

**【保健所記入欄】**

番号確認書類 <small>(初回申請時のみ)</small>	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票	<input type="checkbox"/> 公的機関が発行した個人番号記載書類	<input type="checkbox"/> その他( )
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード				
	1点で確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> その他( )
2点で確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他( )

備 考

收受日 令和 年 月 日 < 郵送・持参・その他( ) > 確認者