年　　月　　日

感染症患者医療費公費負担申請書

□　尼崎市保健所長　　様

次のとおり申請します。

【申請区別】

□　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条に規定する同法第19条若しくは第20条又は第46条の規定による入院患者の医療費公費負担申請をします。
（指定外医療機関に入院する場合は同法第42条の規定による公費負担について、自己負担分を医療機関が変わって尼崎市に請求することに同意の上申請をします※1）

【本申請にかかる医療開始日】　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

申請者氏名　　患者との関係※2

〒

申請者住所

申請者の個人番号（マイナンバー）

電　話　（　　）　－

フリガナ							性別	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年　月　日（　歳）			
患者氏名							男・女						
住所									電話	（　）　－			
個人番号（マイナンバー）													
保険種類	1 健保本人　2 健保家族　3 国保一般　4 国保退職本人　5 国保退職家族　6 後期高齢者医療 7 生保(受給中)　8 生保(申請中)　9 自費・その他(　　)　10 不明												

【患者又はその保護者が署名】
尼崎市が、本申請に係る自己負担額の認定のために私及びと私と生計を一とする者の住民基本台帳及び市民税所得割の額を確認することに同意します。（署名されない場合は、世帯全員分の課税証明書の提出が必要です。）

署名

※1　感染症指定医療機関以外の病院・診療所へ入院した時にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関でいったんお支払いいただき、②後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくこととなっています。ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（①）と後日受けられる支給額（②）を相殺することで、医療機関で費用をお支払いいただく必要がなくなります。

※2　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」及び「申請者の個人番号」の項目は記載は不要です。