様式１７（第４２条関係）

|  |
| --- |
| 感染症患者療養費公費負担申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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４２条の規定により療養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（　　　　　　） |
| 支給を受けようとする療養費の額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 医療費公費負担申請をしなかった緊急その他やむを得ない理由（注） |  |
| （注）感染症指定医療機関で医療を受けた場合において、当該医療が緊急その他やむを得ない理由により法第３７条の申請をしなかった場合のみ記入 |
| 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） | □ |
| ６ | 当該医療に要した費用を証明する書類（医療機関発行の領収書及び診療明細書（原本）） | □ |
| ７ | 振込先金融機関の口座がわかる書類（預金通帳のコピー等） | □ |
| 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、療養費の支給額と相殺します。