

様式 35 号様式（第 20 条第 1 項関係）

感 染 症 医 療 費 公 費 負 担 申 請 書				
年 月 日				
長崎県知事 様				
申請者 氏 名 印				
住 所				
電話番号 () -				
個人番号				
患者との続柄				
<p style="text-align: center;">感染症医療費の公費負担を申請したいので、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 1 項の規定により、医療費を申請します。</p>				
患 者	氏 名			性 別 男 ・ 女
	住 所			
	生年月日	年	月	日生
	個人番号			
保険等の種別	健 保 (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) 後期高齢者医療 その他 ()			
備 考				

注 この申請書には、次の書類を添付して保健所長を経由して提出してください。

- 1 入院勧告又は入院措置又は入院の期間の延長に係る通知書の写し
- 2 本人並びに配偶者及びその他扶養義務者の所得税額等の証明書
- 3 その他長崎県知事が必要と認める書類
- 4 記名押印に代えて署名することができます。