㊫様式第１５号の１

受付番号	
承認期間	自　年　月　日 至　年　月　日
受給者番号	第　　号

感染症患者医療費公費負担申請書（結核）

令和　　年　　月　　日

（あて先）福　岡　市　長
（保健所経由）

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。

申請者の氏名

申請者の住所

ＴＥＬ　　（　　）

患者との関係

※申請者が保護者の場合にあっては，以下も記入

申請者の個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）												

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	明 大　年　月　日 昭 平 令　（　　歳）
患者氏名					
住　所	福岡市　　区 ＴＥＬ　　（　　）				
個人番号（マイナンバー）					
被保険者の種別	健康保険　（ 本人 ・ 家族 ）　その他（　　） 国民健康保険　（ 一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族 ） 後期高齢者医療　生活保護　（ 受給中 ・ 申請中 ）				
添付Ｘ線写真、ＣＴ写真の枚数　　枚		＊記入しないでください。 受給者番号（継続申請の場合）			

※　記載された事項については、必要に応じて医療機関等に確認させていただくことがあります。

※　該当する文字については、その文字を○で囲んでください。

受　付　印

【申請書添付書類】

1　同意書（別添）【第37条・第42条の対象の方で必要時のみ】
2　医師の診断書（別紙㊫様式第１５号の２）
3　Ｘ線写真（申請前３か月以内に撮影したもの）
4　世帯全員の住民票の写し（個人番号の記載があるもの）【第37条・第42条の対象の方のみ】
5　患者並びにその配偶者及び民法８７７条第１項に定める扶養義務者の当該費用負担能力を認定するための書類【第37条・第42条の対象の方のみ】
　(1) 患者と同じ世帯全員の地方税法第292条に規定する市町村民税所得証明書（課税・非課税証明書）
　(2) 生活保護法による保護を受けている方は福祉事務所発行の保護証明書
6　ＣＴ写真等、参考になるものがあれば添付してください。

【マイナンバーに関する注意点】（郵送・代行の場合は，写しでも可）

1　申請者の身元確認のため，下記(1)～(3)のいずれか1点又は，(4)～(9)のいずれか2点をご準備ください。
　□ (1)個人番号カード　□ (4)健康保険証　□ (7)住民票の写し
　□ (2)運転免許証　□ (5)医師の診断書　□ (8)保護証明書
　□ (3)パスポート　□ (6)入院勧告書　□ (9)その他（　　）

2　申請者及び患者の個人番号を確認するため，下記のいずれか1点をご準備ください。
　□ (1)申請者及び患者の個人番号カード
　□ (2)申請者及び患者のマイナンバーが記載された「通知カード」
　□ (3)個人番号の記載がある「世帯全員の住民票の写し」
　□ (4)公的機関が発行・発給した個人番号記載の書類（　　）

職員記入欄	
受付者	
身元確認	
番号確認	