

い 別記第50号様式（第19条関係）

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

第37条

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条の2

の規定により医療費公費負担を申請します。

和歌山県知事 様

申請者の氏名 印

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係 _____

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日			
住 所											
個人番号											
保 険 者	健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族）										
等 の 種 別	生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）										
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無		年 月から								

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

