（様式１５）

感染症患者医療費公費負担申請書

年　　月　　日

鳥取市保健所長　　様

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。

患者または保護者（親権者または後見人）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印 ※自署の場合は押印不要

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※患者本人以外が申請する場合に記載

患者本人の情報について、太枠内のみ記入してください。

氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
住所					
保険等の区分	※該当するものに〇を囲むこと １健保（本人・家族）　２国保（一般・退職本人・退職家族） ３生保（保護受給中・保護申請中）　４各種共済（本人・家族） ５後期高齢　６その他（　　）				
個人番号（１２桁）					

（保健所記入欄）

公費負担番号							
受給者番号							