

(別紙)

感染症法に基づく自己負担額の認定に係る自己申告書

平成 年 月 日

保健所長 様

申請者氏名

印

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条の規定に基づく医療費の自己負担額の認定に係る自己申告は次のとおりです。

患者	住所	電話 - -					
	氏名						
申告者	住所	電話 - -					
	氏名		患者との関係				
	職業		勤務先住所	電話 - -			
患者の配偶者及び絶対的扶養義務者の氏名等	氏名	住所	生年月日	患者との関係	職業	生計同一	確定申告の有無
							有・無
							有・無
							有・無
							有・無

記入上の注意

- この申告書は、医療費の一部又は全部を「患者及びその配偶者並びに患者と生計を一にする扶養義務者」の方が負担できるかどうかについて申告するものですから、間違いのないように記入してください。
- 生計同一の場合は、「生計同一」に 印を記入してください。
- 「生計を一にする」とは、患者と同一住所の者又は患者と住所は異なるが、(1)消費物資を共同購入している。(2)出稼ぎ等により送金している。(3)生活費等の援助を受けているか又は行っている。(4)税法上扶養親族として控除の対象としている。(5)各種保険において扶養親族としている。のいずれかが該当する者である。