

(宛先) 高 松 市 長

(患者又はその保護者)

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

電話

感染症法 { 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。

Table with patient name, gender, birth date, and age.

住 所

被保険者等の別 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生保(受給中・申請中) 後期 その他

添付写真の枚数(3ヶ月以内の写真、継続、再治療の場合は前回提出したものを併せて添付) X線 枚 CT 枚

診 断 書

病名 1. 2. 3.

Table for medical treatment details including drug names, dosage, and hospitalization dates.

Table for chest X-ray findings including classification and symptoms.

Table for tuberculosis tests including sputum, culture, and drug sensitivity tests.

Table for past medical history related to tuberculosis.

Table for current medical history and future plans, including hospitalization advice.

記入上の注意

- 1 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみ)を○で囲んでください。
2 ※印欄は、初回申請のみ記入してください。