

様式結第 10 - 1 号関係

患者と生計を一にする者（配偶者及び直系血族・兄弟姉妹（代理申請者を除く））

	氏名・個人番号	続柄
1	(ふりがな)	
2	(ふりがな)	
3	(ふりがな)	
4	(ふりがな)	
5	(ふりがな)	
6	(ふりがな)	
7	(ふりがな)	

提出された個人情報は、感染症患者医療費公費負担申請に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。