

肝炎治療受給者証交付申請書

インターフェロン治療 (新規・2回目以降)
核酸アナログ製剤治療 (新規・更新・2回目以降)
インターフェロンフリー治療 (新規・2回目以降)

申 請 者	ふりがな 氏名			性別	男 女
	生年月日	年	月	日	職業
	住所	〒 (電話)			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			申請者との 続柄	
	保険種別	協・組・船・共・ 国・退国・後・国組		被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名				

病 名 (該当番号に○を つけてください)	1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 4. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 5. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 6. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)
------------------------------------	--

本助成制度利用歴	1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 年 月 日～ 年 月 日
----------	--

保 険 医 療 機 関	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	

下記事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

- ・(インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療)の効果・副作用等について説明を受け、治療をうけること。
- ・申請書に添付された診断結果及び治療後の結果を県が保管し、匿名化して県と佐賀大学が管理するデータベース内に医療情報とあわせて厳重に管理すること。また、結果を個人が特定されない方法で疫学的な調査・研究等や国への報告などに活用すること。(2回目以降・更新者等の過去の申請についても同様の取扱いをすること) 県が申請とその結果を住民登録をしている市町に知らせ、必要に応じ、市町が保健指導等に活用すること。

年 月 日 申請者氏名 印

佐賀県知事 様

世帯員（申請者が属する住民票上すべての構成員）記載欄

- 1 下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私及び下記の同一世帯員は、佐賀県が「ウイルス性肝炎治療費助成事業実施要領」に基づく事務手続きを処理するために限って直近年度の地方税関係情報を取得することについて

同意します （下記に本人それぞれが署名してください。代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。）

同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）

※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。

下記に記載するもののうち、配偶者以外の者で、受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、世帯の市町村民税課税額の合算対象から除外することができますので、「肝炎治療費に係る市町村民税額合算対象除外希望申請書」（様式1-1）を提出してください。

自己負担上限階層区分が最高階層（2万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

申請者・世帯員氏名（自署） ※16歳未満の場合は代筆可	申請者との続柄	生年月日	個人番号 （マイナンバー）	保健福祉事務所確認欄		
				添付書類	除外希望 / 16歳未満	課税年額
	本人			有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		

【保健福祉事務所確認欄】

添付書類	1 診断書 2 保険証 3 住民票謄本 4 市町村民税課税年額を確認できる書類 または <input type="checkbox"/> マイナンバーカード、 <input type="checkbox"/> 通知カード+身元確認に必要な書類（いずれか）
階層区分	甲 ・ 乙 市町村民税（所得割）額合算額 円