

平成30年度佐賀県肝疾患定期検査費助成事業実施要領

第1 目的

本県の肝がんによる死亡率が高い中、この事業は、B型又はC型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者に対して、専門医療機関での定期的なフォローアップにより、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図り、もって、肝がん等の早期発見・早期治療に繋げることを目的とする。

第2 実施主体

実施主体は佐賀県とする。

第3 助成対象者

この事業の対象となる者（以下、「対象者」という。）は、次に掲げる各号の要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 佐賀県内に住民登録をしている20歳以上の者
- (2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む）
- (3) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者もしくは高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
- (4) 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けていない者
- (5) 第7各号に掲げる事項について同意した者

第4 検査内容

検査内容は、次に掲げる検査項目に関連するもの（医師が真に必要と判断したものに限り、原則として同一の医療機関で受診することとする。ただし、これらの検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1か月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

なお、保険適用外の検査は助成の対象とはならない。

	B型肝炎ウイルス陽性の場合	C型肝炎ウイルス陽性の場合
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	
出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間	
血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD	
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-半定量、PIVKA-定量	
肝炎ウイルス関連検査	HBe抗原、HBe抗体 HBVジェノタイプ判定等	HCV血清群別判定等
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量
画像診断	超音波検査（断層撮影法（胸腹部））	

なお、肝硬変・肝がんの場合には、上記検査中の超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。この場合において、造影剤を使用した場合の加算等に関連する費用も対象とすることができる。

第5 対象期間

助成対象とするのは、平成30年4月1日から平成31年3月31日までに定期検査を受診し、平成30年4月1日から平成31年3月31日までに県が申請を受理したものと
する。

なお、申請書等を郵送により提出する場合は、平成31年3月31日付消印のものまでとする。

第6 定期検査実施医療機関

対象者は原則として、佐賀県肝疾患検診医療提供体制登録医療機関の2次又は3次医療機関（以下、「定期検査実施医療機関」という。）にて定期検査を受診することとする。

ただし、対象者が県外の医療機関においてウイルス性肝炎の治療を行う場合は、県外の佐賀県ウイルス性肝炎治療費助成医療機関（佐賀県ウイルス性肝炎治療費助成事業実施要領第5第1項の規定により佐賀県知事が指定する保健医療機関）で定期検査を受診しても差し支えない。

第7 定期検査の実施

本事業の利用を希望する者は、事前にその旨を定期検査実施医療機関へ申し出ることとする。

定期検査実施医療機関は、本事業利用による定期検査受診の申し出があった場合、当該申し出をした者が対象者であること及び次に掲げる事項について同意があることを確認したうえで定期検査を実施する。

- (1) 県及び市町から適宜、調査票を送付して、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、電話等で連絡を行う場合があること
- (2) 佐賀県内の市町に住民登録されているかを確認する場合があること
- (3) 肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の案内を行う場合があること
- (4) 定期検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- (5) 匿名化したうえで、佐賀県肝疾患データベースに検査結果等が登録されること
- (6) 慢性肝炎、肝硬変及び肝がんであること、定期検査内容等を医療機関に照会する場合があること

第8 助成の内容

助成回数は1年度に2回（佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実施要領に基づく精密検査費助成を含む）とし、次の区分に応じた額を助成する。なお、助成申請にあたり医師の診断書作成にかかる文書作成料が発生する場合でも、その費用は助成対象とはならない。

- (1) 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者で、5,000円を超える助成を希望する者

助成額は、「第4 検査内容」に記載する検査に要する医療費（初診料、再診料、各種加算等含む）にかかる自己負担額から、1回の検査につき別表に定める自己負担額を控除した額とする。

ただし、申請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（配偶者以外のものに限る。）については、様式第4号の例による市町村民税額合算対象除外希望申請書に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することができる。（地方税法上・医療保険上の扶養関係にないことを確認するための資料の提示をもとめられる場合がある。）

なお、平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取り扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うも

のとする。

(2) 上記(1)以外の者

助成額は、「第4 検査内容」に記載する検査に要する医療費(初診料、再診料、各種加算等含む)にかかる額とし、上限を5,000円とする。

第9 申請書等の提出

1 対象者は、定期検査を受診後、佐賀県肝疾患定期検査費助成金申請書・請求書(第8(1)の対象者は様式第1-1号、第8(2)の対象者は様式第1-2号)に、次に掲げる書類を添えて、各保健福祉事務所へ持参又は健康増進課へ郵送する。

(1) 第8(1)に該当する場合

ア 当該定期検査に係る医療機関の領収書(レシート不可)

イ 診療明細書

ウ 肝炎手帳又は健康増進ノートのウイルス性肝炎等であることを確認できる頁(助成申請の対象年度にかかる記述があるもの)の写し、あるいは医師の診断書(参考様式)

エ 世帯全員の住民票の写し

オ 世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類。

カ 市町村民税額合算対象除外希望申請書(様式第4号)
(第8(1)ただし書の規定による申請の場合のみ)

(2) 第8(2)に該当する場合

前号のア、イ及びウ

2 対象者は申請の際、前項によらず、前項のエ及びオに掲げる書類について、以下の場合において、従前に佐賀県へ提出した書類と同内容である場合は省略することができる。
なお、いずれも同一年度内に行われる場合とする。

(1) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

(2) 肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

第10 支給決定等

知事は、佐賀県肝疾患定期検査費助成金申請書・請求書の提出があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定する。申請が承認された場合は指定口座への振込により承認の通知に代えることとする。

不承認の場合は、佐賀県肝疾患定期検査費助成金不承認通知書(様式第2号)により、提出された申請書類を添えて通知することとする。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

(別表) 定期検査費用の助成における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額 (1回につき)	
		慢性肝炎	肝硬変 肝がん
甲	市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円未満の世帯に属する者	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

(様式第1-1号(実施要領第8(1)非課税及び235,000円未満世帯・検査費5,000円超))

佐賀県肝疾患定期検査費助成金申請書 (年度 回目)

佐賀県知事 様

私は、佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領の規定により、次の事項に同意し、申請します。

- ・県及び市町から適宜、調査票を送付して、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、電話等で連絡を行う場合があること
- ・佐賀県内の市町に住民登録されているかを確認する場合があること
- ・肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の案内を行う場合があること
- ・定期検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- ・匿名化したうえで、佐賀県肝疾患データベースに検査結果等が登録されること
- ・慢性肝炎、肝硬変及び肝がんであること、定期検査内容等を医療機関に照会する場合があること

1 太枠内を記入してください。

年 月 日

住 所	〒 -		
フリガナ	生年月日 年 月 日生		
氏 名	(印)		電話番号(携帯など日中に連絡が取れるもの) - -

自己負担額 2 検査日ごとに記載のこと。 3 申請額(B)は、実施要領第8(2)の医療費にかかる自己負担額合計額です。	年 月 日	円	助成対象額
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	助成決定額
	合計額(A)	円	
	申請額(B)	円	4 複数検査日でも1か月以内で一連検査とみなします。

佐賀県肝疾患定期検査費助成金請求書

佐賀県収支等命令者 様

請求額 金 円也

佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領に基づく助成金として上記金額を請求します。

住 所	〒 -		
フリガナ			
氏 名	(印)		

振込先口座

フリガナ		金融機関名	銀行金庫	本店支店・出張所
氏 名				
預金種別	普通・当座	口座番号		

5 申請者(請求者)と口座名義人は同一であること。申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合は委任状(様式第3号)を添付してください。

6 上記申請書及び請求書の押印は、同一印を押印してください。(みとめ印可)

県受付印

(裏面あり)

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

添付書類 医療機関が発行した領収書及び診療明細書
肝炎手帳又は健康増進ノートのウイルス性肝炎であることを
確認できる欄の写し、あるいは医師の診断書
世帯全員の住民票の写し
世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税課税年額を証する書類
市町村民税額合算対象除外希望申請書(除外希望申請を行う場合のみ)

同一年度内で、「1回目の定期検査費用の助成を受けた場合」及び「肝炎治療受給者証の交付を受けた場合」において、従前に佐賀県へ提出した書類と同内容である場合は、上記「添付書類」のうち

- ・世帯全員の住民票の写し
 - ・世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税課税年額を証する書類
- を省略することができます。

佐賀県肝疾患定期検査費助成金申請書 (年度 回目)

佐賀県知事 様

私は、佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領の規定により、次の事項に同意し、申請します。

- ・ 県及び市町から適宜、調査票を送付して、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、電話等で連絡を行う場合があること
- ・ 佐賀県内の市町に住民登録されているかを確認する場合があること
- ・ 肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の案内を行う場合があること
- ・ 定期検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- ・ 匿名化したうえで、佐賀県肝疾患データベースに検査結果等が登録されること
- ・ 慢性肝炎、肝硬変及び肝がんであること、定期検査内容等を医療機関に照会する場合があること

1 太枠内を記入してください。

年 月 日

住 所	〒 -		
フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名	(印)	電話番号(携帯など日中に連絡が取れるもの)	- -

自己負担額 2 検査日ごとに記載のこと。 3 申請額(B)は、自己負担額が5,000円未満の場合は自己負担額合計額です。 自己負担額が5,000円以上の場合は5,000円です。	年 月 日	円	助成対象額
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	助成決定額
	合 計 額 (A)	円	
	申 請 額 (B)	円	4 複数検査日でも1か月以内で一連検査とみなします。

佐賀県肝疾患定期検査費助成金請求書

佐賀県収支等命令者 様

請求額 金 円也

佐賀県肝疾患定期検査費助成実施要領に基づく助成金として上記金額を請求します。

住 所	〒 -		
フリガナ			
氏 名			(印)

振込先口座

フリガナ		金融機関名	銀行金庫	本店支店・出張所
氏 名				
預金種別	普通・当座	口座番号		

5 申請者(請求者)と口座名義人は同一であること。申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合は委任状(様式第3号)を添付してください。

6 上記申請書及び請求書の押印は、同一印を押印してください。(みとめ印可)

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

添付書類

医療機関が発行した領収書及び診療明細書

肝炎手帳又は健康増進ノートのウイルス性肝炎であることを確認できる欄の写し、あるいは医師の診断書

県受付印

(参考様式)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日
対象者氏名		男・女	明 昭 大 平 年 月 日生
住所	〒 - 電話番号 ()		
肝炎ウイルスマーカー	該当する項目にチェックをしてください。 抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 B型肝炎ウイルスマーカー(HBs抗原陽性) ・ HBV-DNA陽性) C型肝炎ウイルスマーカー(HCV抗体陽性) ・ HCV-RNA陽性)		
診断	該当する診断名にチェックしてください。 各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 慢性肝炎 肝硬変 肝がん その他()		
その他記載すべき事項			
上記のとおり診断します。			
記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名 印			

「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

(様式第2号)

健第 年 月 号
日

様

佐賀県知事

佐賀県肝疾患定期検査費助成金不承認通知書

先に申請のあった佐賀県肝疾患定期検査費の助成について、次の理由により不承認としましたので、通知します。

記

1 理由

対象者に該当しない

提出書類の不足 ()

その他

[Empty space for additional details or notes]

(様式第3号)

委任状

年 月 日

佐賀県知事 様

委任者（肝疾患定期検査受診者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

* 委任者の印は請求書と同一印を押印ください。

肝疾患定期検査費助成金の受領に関する権限を下記の者へ委任します。

受任者

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印 _____

* 委任者と受任者の印鑑は違うものを押印ください。

(様式第4号)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(フリガナ) _____ ()

_____ ()

_____ ()

_____ ()

申請者氏名(フリガナ) _____ ()

印

年 月 日