

(様式第1)

肝炎治療受給者証（新規・更新）交付申請書				
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）				
申請書	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	被保険者氏名		申請者との続柄
医療	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名			
	保険	所在地		
病名				
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）			
保険医療機関及び保険薬局	名称			
	所在地	（〒 - ） （電話 ）		
	名称			
	所在地	（〒 - ） （電話 ）		
	名称			
	所在地	（〒 - ） （電話 ）		
	名称			
	所在地	（〒 - ） （電話 ）		
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）の（新規・更新）交付を申請します。				
申請者氏名			印	
年 月 日				
長崎県知事			様	

< 交付申請に関する注意事項 >

1. この申請には、次のものがが必要です。
 - (1) 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1）
 - (2) 医師の診断書（様式第2：3剤併用療法を除くインターフェロン治療について、新規に申請する者は様式第2-1、2回目の制度利用をする者は様式第2-2、3回目の制度利用をする者は様式第2-3。核酸アナログ製剤治療について、新規に申請する者は様式第2-4、更新する者は様式第2-5、インターフェロンフリー治療について、新規に申請する者は様式第2-6・8、再治療する者は様式第2-7）
 - (3) 申請者の氏名が記載された被保険者証の写し（発行：各保険者）
 - (4) 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票
 - (5) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税年額（所得割）を証明する書類（発行：各市町）
2. この申請書は申請者の住所地を管轄する県立保健所に提出してください。ただし、長崎市、佐世保市居住者の方は長崎県福祉保健部医療政策課へ提出してください。（郵送可）

< C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤（インターフェロンフリー治療）の治療効果判定報告書について >

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進の観点からインターフェロンフリー治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、インターフェロンフリー治療の終了日から概ね6か月・2年・4年後に、県へC型肝炎に対する経口抗ウイルス剤の治療効果判定報告書（様式第11）の提出を、診断書を作成した医療機関に対して求めています。

なお、当該報告書の使用にあたっては、プライバシーの保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

< 市町村民税合算対象除外希望申告書 >

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制上・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課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(ふりがな)

申請者氏名(ふりがな)

印