

市町村民税 (所得割)	※	円	受給者証 の 始 期	※	階層区分	※ 甲 ・ 乙
				月	申請区分	※ 新規・再登録・更新・転入

※保健福祉事務所で必ず記入のこと

肝炎治療受給者証交付申請書						
インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤						
申 請 者 (患 者)	ふりがな				性 別	男 ・ 女
	氏 名					
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	年 齢	職 業	
	住 所	〒 _____ (電話 _____) (携帯電話 _____)				
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・後		記号・番号		
	保 険 者 名					
	保 険 者 番 号					
病 名						
本助成制度利用歴	1 あり	受給者番号				
	2 なし	有 効 期 間	令 和	年 月 日	～ 令 和	年 月 日
医療機関名称				主治医		
<p>肝炎治療（抗ウイルス治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること、及び抗ウイルス治療費の助成を受けるにあたって、県が医療機関等から必要な資料等を入手すること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。</p> <p><送付先> 申請者住所と受給者証等の送付先が異なる場合には送付先住所を記入してください。</p> <p>〒 _____ 住所</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名（署名） 群馬県知事 あて</p>						

(添付書類)

1. 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
2. 住民票(申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方について記載のあるもの)
3. 市町村民税の課税年額を証明する書類(申請者及び申請者と同一の世帯に属する方 全員のもの)
※ 自己負担限度額が20,000円となることに同意する場合は、課税年額を証明する書類の添付を省略することができます。
4. 被保険者証等の写し(申請者の氏名が記載されたもの)

肝炎治療費等助成事業の申請にあたり、課税年額を証明する書類の添付を省略するため、自己負担限度額(月額)を20,000円とすることに同意します。

(注) 受給者証の有効期間は、交付申請書の提出した月以前に遡ることはできません。申請の際は十分御注意ください。

ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業に基づくフォローアップ事業に同意します。
(詳細は、裏面を御覧ください。)

【フォローアップ事業】

（目的）この事業は、「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業の実施について（平成26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長通知）」に基づき、肝炎ウイルス陽性者のフォローアップを行うことにより陽性者を早期に治療につなげ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

1 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかの要件に該当する者

- （1）肝炎ウイルス検査により「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）
- （2）B型・C型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）その他希望する者で県が認めた者

2 実施方法

参加同意を得られた者について、調査票（別紙様式4）により、定期的（概ね年1回）に受診状況等の確認を行うとともにウイルス性肝炎に関する情報提供を行うものとする。