

肝炎治療受給者証交付申請書 （インターフェロン：新規・2回目、インターフェロンフリー治療：新規・再治療 核酸アナログ製剤：新規・更新）					
申請者	ふりがな				
	氏名				
	個人番号				性別 男・女
	生年月日	年 月 日			
	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・後		被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名				
病名				有効期間の開始日	年 月の初日
本助成制度利用歴	1. あり→（受給者証番号： _____、有効期間： _____ 年 月 日～ _____ 年 月 日） 2. なし				
保険医療機関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
下記の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。 ①（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。 ②肝炎治療特別促進事業によって受けた肝炎治療に係る治療経過及び結果について、診断書作成医療機関から青森県に対して報告されること。 【申請の委任について】 申請を代理人に委任する場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。 <input type="checkbox"/> 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。					
氏名		(申請者との関係： _____)			
住所		〒 _____			
電話番号					
_____ 申請者 氏名 (記名・押印または署名)					
_____ 年 月 日					
青森県知事			殿		

* 報告された内容の一部については、治療研究推進のために国へデータを提供する場合がありますが、県から国に対しては個人が識別される情報は一切報告いたしません。

* この報告内容の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等を行いません。

注1 初回申請における有効期間の開始日は、原則として「申請書の受理日の属する月」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。

申請者を除く同一世帯員（申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）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（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。）
 - ・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（直近年度が義務教育期間以前の者は除く）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。

自己負担額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。

	ふりがな	15歳以下	生年月日 性別	申請者との続柄	個人番号（マイナンバー）	申請年 1/1 時点の住民票所在市町村	紙による提出
	世帯構成員名						
同一世帯者（申請者を除く）		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	男・女				<input type="checkbox"/>

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

青森県が行う「青森県肝炎治療特別促進事業」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について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

申請者 _____ 氏名（自署）

申請者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

申請者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

申請者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

申請者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

申請者との続柄（ ） _____ 氏名（自署）

※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すること。

※15歳以下の者の同意（自署）は不要

注1 以下の書類を添付してください。

(1) 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

ただし、核酸アナログ製剤治療については、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料をもって、診断書に代えることができる。(第2号様式-10) また、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略できる。

(2) 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等

(3) 申請者及び申請者と同一世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し^{*1}

(4) 申請者及び申請者と同一世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し^{*1}

(5) 税情報((4))を取得することへの同意書*申請書裏面

(6) 市町村民税合算対象除外希望申請書(希望する場合)^{*2}

※1 マイナンバーを制度による情報連携が本格運用されたことにより、肝炎受給者証交付申請に係る必要な書類のうち、住民票の写し及び課税証明書((3)及び(4))の提出を省略できます。

- ・税情報の取得には、同一世帯員全員それぞれからの同意(直筆)が必要です。
- ・マイナンバーの利用を拒否する場合は、添付書類は紙で提出してください。

※2 申請者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医療保険上・地方税法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に市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望する者については、(6)の提出のほか、以下の書類を添付してください。

- ・除外対象者の氏名が記載された被保険者証等の写し、医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等

注2 インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に対する助成の申請を行う者については、診断書作成医が肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である場合を除いて、以下の書類を添付してください。

- ・インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書(第2号様式-9)

(別紙)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの

(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は、核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※4 直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2.(1)※3の診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院

に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及びペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

- ※2 上記治療に係る助成の申請にあたっては、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師（その医療機関で治療する場合に限る。）が作成した場合は、この限りでない。
- ※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、肝疾患診療連携拠点病院若しくは肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師（その医療機関で治療する場合に限る。）が作成した場合は、この限りでない。
- ※4 インターフェロンフリー治療を行うことができる医療機関は、インターフェロンフリー治療に係る診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。