

B型・C型肝炎患者医療給付事業申請書（新規・更新）

愛知県知事殿

申請者
〒
住所

氏名

記

（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、治療を受けることに同意しましたので、B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票の交付を申請します。

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和 年 月 日							
1		感対第 -	申請日							
申請者シメイ	対象者との続柄		電話番号							
対象者	フリガナ	治療(申請)内容	病名等	生年月日	性別					
	氏名			1 2 3 4 5 年 月 日	1 2 男女					
	フリガナ			明大昭平令						
	住所(県名は除く)	市区町村名	番地							
郵便番号	事業申請期間	職業								
令和 年 月 日	~ 令和 年 月 日									
本助成制度利用歴	1 あり	2 なし	1ありの場合受給者番号	1ありの場合有効期間	4平成5令和 年 月 日 ~ 4平成5令和 年 月 日					
加入医療保険	保険種別	1 協	2 組	3 退	4 船	5 共	6 国	7 後期高齢	8 健保本人	9 退保本人
	記号番号								保険者コード番号	
	被保険者氏名				被保険者証発行機関名称					
受療医療機関	名称							医療機関コード番号		
	所在地									
階層区分	1 甲 (市町村民税課税年額 235,000円以上)		2 乙 (同左 235,000円未満)		診断書(または代替書類)	1 あり		2 なし		
非課税等	1 (除外対象者無し及び市町村民税非課税)		2 (除外対象者無し及び市町村民税課税)		3 (除外対象者有り及び市町村民税非課税)		4 (除外対象者有り及び市町村民税課税)			

* 市町村民税額合算対象除外対象者がいる場合は、別途(裏面)申告してください。(詳細は裏面をごらんください。)

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号	※ 経由印・経由年月日	※※ 県 受 付 印
	保第	令和 年 月 日	
	保健所(保健センター)コード番号		

自己負担限度を決定するために確認が必要となる申請者の「世帯」について

- 1 住民票上の世帯を単位とする。
- 2 ただし、下記の①～④の全ての条件に該当する者については、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から、除外することを認める。

《除外要件》

- ① 配偶者以外であること。
【住民票の続柄により判断します。】
- ② 地方税法上、扶養関係にないこと。
【受給者及びその配偶者、除外対象者について市町村民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類（課税証明書、市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し等）が必要となります。】
- ③ 医療保険上、扶養関係にないこと。
【受給者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類（健康保険証のコピー等）が必要となります。】

（国民健康保険・後期高齢者医療制度は医療保険上の扶養関係にないものとし、国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除きます。）
- ④ 上記について、受給者から除外対象とする申請があること。
【下記の申告書の署名が必要となります。】

市町村民税額合算対象除外希望申告書

下記の者については、対象者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、対象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（フリガナ）

対象者氏名（フリガナ）

下欄については、B型・C型肝炎治療に係る研究のために、あなた様の治療経過等の情報を利用していただくため、研究利用に提供されることに同意をお願いするものです。同意をしないことであなた様に不利益となることは一切ありませんが、肝炎治療研究の推進のために同意いただき、ご署名いただきますようお願いいたします。提供された情報については、プライバシーの保護に十分配慮し、肝炎対策を推進する目的以外に利用することはありません。

治療情報等の提供に関する同意書

愛知県知事 様

私が、公費負担（愛知県B型・C型肝炎患者医療給付事業）によって受けた肝炎インターフェロン治療等に係る治療経過及び結果について、必要に応じて医療機関から愛知県に対して報告され、厚生労働省の研究利用に提供されることに同意します。

対象者氏名：