

肝炎治療受給者証交付（新規・更新）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 ）

申請者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年	月 日（才）
	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 ・ 共 ・ 国保 ・ 後	
	被保険者証の記号・番号		
	被保険者証発行機関名		

病名

申請種別

新規	転入（京都府への転入日）
----	--------------

本助成制度利用歴

1 有り：受給者番号（ ） 2 無し  
有効期間（ 年 月 日 ~ 年 月 日 ）

保険医療機関	名称	
	所在地	
	名称	
	所在地	

（ 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、治療を受けることを同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

年 月 日

京都府知事 様

申請者 氏名 ⑩

※自筆の場合は押印不要

※代理人に申請を委任する場合は代理人の氏名と押印（申請者との続柄： ）

電話（ ） —

※ 承認された場合、申請者あてに受給者証を送付させていただきます。  
申請者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。

送付先住所	〒
あて先氏名	電話

※ 受給者証の有効期間は原則として申請書類が受理された月の初日から各薬剤の治療予定期間に即した期間となります。受理月以降の月から開始を希望される場合は下欄に記載してください。

有効期間	<input type="checkbox"/> 年 月から治療開始予定
開始希望	<input type="checkbox"/> 申請が承認されてから治療開始予定

※ 注意（必ずお読みください）

- 1 申請書は、必要書類一式を添付して速やかに保健所等に提出してください。
- 2 事業の対象となる医療は、申請された疾患に対する肝炎治療に限られます。
- 3 裏面もご覧ください。

世帯員（申請者が属する住民票上の全ての構成員）

下記の者は、京都府が「京都府肝炎治療特別促進事業実施要領」に基づく事務手続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及び住民基本台帳関係公簿を閲覧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することを申し添えます。

申請者・世帯員氏名（自署） ※16歳未満の場合は代筆可	申請者との続柄	16歳未満の場合 チェック	個人番号 （マイナンバー）
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

以上が、私が属する住民票上の全ての構成員であることに相違ありません。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

（市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄）

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。

※受給者本人及び配偶者並びに除外を希望する者全員の健康保険証の写しを添付してください。

申請者 \_\_\_\_\_ ㊟

記

除外希望者 フリガナ 氏 名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

〈同意について〉

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進の観点から肝炎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、肝炎治療終了後に京都府へ肝炎治療効果の結果について、治療を行った医療機関に対して求めておりますので、このことに同意された上で、肝炎治療受給者証の交付申請を行ってください。

なお、当該結果の使用に当たっては、個人情報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。