

**島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱  
新旧対照表**

改正後	改正前
島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱	
第1～第10 〔略〕	第1～第10 〔略〕
<p>第11 受給者証の返還の届出</p> <p>受給者は、治癒、死亡等で受給資格がなくなったとき、又は他の都道府県等へ転出したときは、別紙様式第8号による肝炎治療受給者証返還届に受給者証を添えて、所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>第12 県外から転出した場合の申請</p> <p><u>1 他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が本県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、別紙様式第9号による転入届出書に住民票の写し及び転入前に交付されていた受給者証の写しを添えて、転入日の属する月の翌月末日までに所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</u></p> <p>また、知事は転入前に受給者証を交付していた都道府県へ当該申請を受理した旨を伝えるものとする。</p> <p>なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。</p> <p><u>2 第11に定める届出のうえで他の都道府県に転出した受給者が、転出前に本県から交付されていた受給者証の有効期間の終期までに本県に再び転入した場合にあっては、当該受給者が、転入元の都道府県で受給者証の交付を受けておらず、かつ本県において再び受給者証の交付を受けようとする場合に限り、前項の規定を準用する。</u></p> <p>なお、この場合における受給者証の有効期間は、<u>転入日から転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。</u></p> <p>第13～18 〔略〕</p> <p style="text-align: center;"><b>附 則</b></p> <p>(施行期日)</p> <p>1～25 〔略〕</p>	<p>第11 〔略〕</p> <p>第12 県外から転出した場合の申請</p> <p>他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が本県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、別紙様式第9号による転入届出書に住民票の写し及び転入前に交付されていた受給者証の写しを添えて、転入日の属する月の翌月末日までに所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>また、知事は転入前に受給者証を交付していた都道府県へ当該申請を受理した旨を伝えるものとする。</p> <p>なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。</p> <p>〔新設〕</p> <p>第13～18 〔略〕</p> <p style="text-align: center;"><b>附 則</b></p> <p>(施行期日)</p> <p>1～25 〔略〕</p>

26 この要綱は、令和6年2月20日から施行する。

別紙1～3 [略]

別紙様式第1号～第8号 [略]

別紙様式第9号

⊕ (別紙様式第9号)

転入届出書			
年 月 日			
島根県知事 様、			
申請者 住 所、			
氏 名			
TEL ( ) - ( ) - ( )			
受給者との続柄、			
島根県の下記住所に転入しましたので、			
新たに受給者証の交付を受けたい旨を届出ます。			
転入日	年 月 日		
受給者	氏 名	生年月日	年 月 日
	新住所	〒 電話番号 ( )	
旧受給者証の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
自己負担限度額	円	階層区分	
被保険者証の記号及び番号	保険者名		
保険医療機関・保険薬局	名称	所在地	
	名称	所在地	
	名称	所在地	
	名称	所在地	
(注) 1 申請者氏名欄は、署名してください。及び、住民票の写し等の住所及び他都道府県で交付された受給者証の写し及び、住民票の写し等の住所及び転入日を確認できる書類を添付してください。但し、事務要綱第12条2項の規定による場合は、上記の条件は不要です。 2 自己負担限度額の階層区分に変更がある場合はその額を確認できる書類を、加入医療保険等に変更がある場合は被保険者証の写しを添付してください。			
保健所 受付印	本 庁 受付印		

26 [新設]

別紙1～3 [略]

別紙様式第1号～第8号 [略]

別紙様式第9号

(別紙様式第9号)

転入届出書			
年 月 日			
島根県知事 様、			
申請者 住 所、			
氏 名			
TEL ( ) - ( ) - ( )			
受給者との続柄、			
島根県の下記住所に転入しましたので、他団体で所持していた写しにより、			
新たに受給者証の交付を受けたい旨を届出ます。			
転入日	年 月 日		
受給者	氏 名	生年月日	年 月 日
	新住所	〒 電話番号 ( )	
旧受給者証の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
自己負担限度額	円	階層区分	
被保険者証の記号及び番号	保険者名		
保険医療機関・保険薬局	名称	所在地	
	名称	所在地	
	名称	所在地	
	名称	所在地	
(注) 1 申請者氏名欄は、署名してください。及び、住民票の写し等の住所及び他都道府県で交付された受給者証の写し及び、住民票の写し等の住所及び転入日を確認できる書類を添付してください。 2 自己負担限度額の階層区分に変更がある場合はその額を確認できる書類を、加入医療保険等に変更がある場合は被保険者証の写しを添付してください。			
保健所 受付印	本 庁 受付印		