（別紙様式第１号）

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・更新）
（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）

※（　）内は該当する治療法を〇で囲んでください

<table>
<tr><td rowspan="5">制度を利用しようとする者</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>性　別</td><td>男・女</td><td>住　所</td><td colspan="3">〒　　－

（電話　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="2">協・組・船・共・国・後</td><td>記号・番号・枝番</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="5">1．あり　　2．なし
ありの場合　　受給者証番号（　　）
有効期間　　年　月　日～　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">受診保険医療機関・保険薬局の名称</td><td></td><td colspan="2">名　称</td><td colspan="3">所　在　地</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="6">いずれかにチェックをしてください。　☐ 院内処方　☐ 院外処方</td></tr>
<tr><td colspan="6">※本助成制度に関し受診予定である医療機関・薬局を記載してください（受給者証に記載のない医療機関・薬局で本事業の助成を受けることはできません）。また、受診できる医療機関・薬局は、原則として一人当たり３か所までです。３か所を超えて受診を希望される場合は、その理由を本欄に記載してください。</td></tr>
<tr><td colspan="7">「世帯員」の１９歳未満の税制上の扶養親族の有無　　有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">世帯員に１９歳未満の被扶養者がいる場合は記入してください</td><td colspan="2">（１９歳未満の者の名）　（扶養者）</td><td colspan="4">（１９歳未満の者の名）　（扶養者）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（１９歳未満の者の名）　（扶養者）</td><td colspan="4">（１９歳未満の者の名）　（扶養者）</td></tr>
<tr><td>※保健所記入欄</td><td colspan="2">市町村民税（所得割）課税年額
世帯合計　　円</td><td colspan="2">階層区分
甲　・　乙</td><td colspan="2">月額自己負担限度額
円</td></tr>
</table>

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

※（　）内は、該当する治療方法を〇で囲んでください

申請者氏名
（制度を利用しようとする者との続柄　　）

年　　月　　日

島根県知事　　様

（注）　助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請にあたっては、主治医とよくご相談ください。

（裏面）

○申請の際はこの申請書に①～④の書類を添付し、居住地を管轄する保健所に提出してください。

①医師の記載した診断書（別記様式第２号のうち、該当するもの）

②申請者の属する世帯員全員が記載された住民票の写し

※世帯員の 19 歳未満の税制上の扶養親族が別居している場合は、その扶養親族の住民票も提出ください。

③申請者の属する世帯員全員の市町村民税所得課税証明書（市町村長発行の所得状況及び課税状況を証する書類）

④加入医療保険の内容が確認できるもの。

【肝炎治療医療費助成事業における認定基準】

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アテーゼ阻害薬による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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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。

（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回のみの助成とし、Child-Pugh 分類Ｂ又はＣのＣ型非代償性肝硬変に対しては１回のみの助成とする。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、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アテーゼ阻害薬による３剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※２　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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。

※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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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。