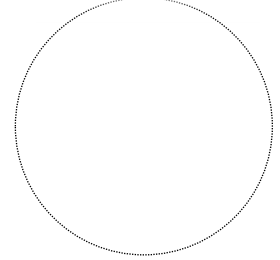


肝炎検査（定期精密検査）費用助成金申請書

島根県知事 様



島根県肝炎等精密検査費用助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

※太枠内を記入してください。		申請日： 年 月 日			
フリガナ			性別	生 年 月 日	
氏 名 (申請者)	㊦		男 女	明 昭 大 平	年 月 日生
住 所	〒 島根県				
	電話番号（日中連絡が取れる電話番号）： ( )				
加 入 医療保険	被保険者 氏 名			対 象 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				
	所 在 地				
振込口座 ※申請者 名の口座	フリガナ				
	口座名義				
	金融機関名	銀行・組合 金庫・連合会		支店・支所 店・出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号		

※申請者と口座名義人が異なる場合は委任状（様式5）を添付してください

自己負担額 (複数日ある場合) ※検査日ごとに 記載してください	年 月 日	円	助成対象額 (※2) 円 助成決定額 円
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
	年 月 日	円	
合 計 額		円	

- ※1 助成対象額は助成対象項目分のみとなりますので、自己負担額と異なる場合があります。
- ※2 助成対象額から自己負担限度額を控除した額が助成決定額となります。
- ※3 申請書は申請回数毎にご記入ください。

-検査印押印欄-

※県整理欄

病 態	慢性肝炎・肝硬変・肝がん
階層区分	非課税・課税
自己負担額	0円・2千円・3千円

## 注意事項

- ✓ 申請者は検査を受けた本人となります。
- ✓ 不備がある場合は、助成金の支給ができない場合があります。
- ✓ 検査はやむを得ない理由があり、一連の検査とみなすことが出来る場合のみ複数日にまたがっても助成対象とします（概ね一月程度）。
- ✓ 助成回数は年度内 2 回までです。※年度は 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで  
ただし、同一年度内に初回精密検査の助成を受けた場合は、定期検査費用の助成は 1 回までとなります（あわせて年度内 2 回まで）。
- ✓ 非課税世帯に属する場合は助成対象額の全額、市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する場合は病態により助成対象額から 2 千円または 3 千円を差し引いた額が助成決定額となります。

## 添付書類について

注 1) 申請の際は、添付書類を添えて、居住地を管轄する保健所に提出してください。

申請書が旧様式の場合でも、提出時における最新の実施要綱に基づく書類の添付が必要です。

注 2) 書類不備がある場合、助成金の支給ができない場合がありますのでご注意ください。

注 3) 医療機関によっては、診療明細書や診断書の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

定期検査の場合（（原本）と記載のあるもの以外は写し可）

- 医療機関が発行した領収書（負担割合が分かるもの、レシート不可）
- 診療明細書（検査項目、及びその点数の分かるもの）
- 世帯全員の住民票（原本）
  - ↳  省略（同一年度内で一度提出済み（肝炎治療特別促進事業も含む）で記載内容に変化がない場合のみ）  
※ただし、初回精密検査の申請で本人記載分のみの住民票を提出した場合は同一年度内であっても省略不可
- 世帯全員の住民税非課税証明書 または 世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（原本）※義務教育終了前の者については省略可
  - ↳  省略（同一年度内で一度提出済み（肝炎治療特別促進事業も含む）で記載内容に変化がない場合のみ）
- 精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書（県指定の様式）
  - ↳  省略（過去に本事業または 1 年以内の肝炎治療特別促進事業により提出済みで病態に変化がない場合のみ）
- 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書（県またはお住まいの市町村のもの）
  - ↳  省略（過去に本事業で提出済みの場合のみ）
- 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類  
（預金通帳の写し等で口座番号、及びカナ氏名の記載があるもの）
  - ↳  省略（過去に本事業または肝炎治療特別促進事業により県に登録済みの口座と同一の場合のみ）

※ 市町村民税課税額の合算対象除外を希望する場合は「市町村民税合算対象除外希望申請書（様式 4）」の添付も必要です。