

肝炎治療受給者証交付申請書 (新規・新規(更新忘れ)・更新・変更・再交付・再治療・転入) <small>※該当するものに○印</small>				
(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) <small>※該当するものに○印</small>				
石川県知事 殿 上記治療の効果・副作用等について医師から説明を受け、別添診断書のとおり治療を受けることに同意しましたので、下記のとおり肝炎治療受給者証の交付を申請します。				
				年 月 日
申請者	ふりがな氏名			性別 男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業
	住所 <small>※部屋番号等まですべて記入</small>	〒 — — (電話 — —)		
変更内容 <small>※変更申請の場合のみ該当するものに○印</small>		<ul style="list-style-type: none"> ・住所 ・自己負担限度額 ・インターフェロンフリー治療の有効期間(ご希望の有効期間: 月 ~ 月) ・その他() 		
病名 <small>※該当するものに○印</small>		慢性肝炎(B型・C型) 代償性肝硬変(B型・C型) 非代償性肝硬変(B型・C型) 不明		
市町村民税課税証明書等(税額が確認できる書類)の提出方法 <small>※該当する番号に○印 ※再交付等で提出しない場合、記入不要</small>		1. 紙による提出 2. マイナンバーの利用による省略→裏面に番号等を記入(窓口での確認も必要) 3. 紙による提出とマイナンバーの併用→裏面に番号等を記入(窓口での確認も必要) <small>※一部の世帯員が紙による提出、残りはマイナンバーの利用等</small> 4. 自己負担限度額階層区分が2万円と認定されることに了承し、提出を省略する		
市町村民税額合算対象除外希望者 <small>※希望者がいる場合のみ記入</small>		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、自己負担限度額階層区分(※)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。 <small>※世帯の市町村民税額(所得割)の合算額で決定→235,000円未満:月額1万円 235,000円以上:月額2万円</small> 除外希望者氏名		
医療機関・薬局		対象医療を適切に行うことができる すべての保険医療機関及び保険薬局でご使用いただけます <small>(医療機関・薬局の記入は不要になりました) ※訪問看護ステーション、介護保険施設等、保険医療機関ではない施設では使用できません</small>		

<必要書類チェック欄>

新規・更新・再治療 (更新は核酸アナログ製剤治療のみ)

- 本申請書
- 現在お持ちの受給者証 (更新の場合のみ)
- 医療保険の資格情報が確認できる資料 (被保険者証の写し等。除外希望者がいる場合はその者と申請者の配偶者分が追加が必要)
- 診断書 (県指定の様式によるもの。更新の場合、検査結果報告書等の提出により省略可能)
- 住民票 (世帯全員分。発行から3ヶ月以内のもので原則マイナンバーの記載のないもの(窓口での番号確認に使う場合は記載のあるもの))
- 市町村民税課税証明書等 (高校生以下の未就労者を除く世帯全員分の税額(所得割)が確認できる書類。マイナンバー等で省略可能)
- 診断書の研究利用に係る同意書 (新規申請で同意された場合のみ。申請窓口でご案内します)
- 石川県肝炎診療連携参加同意書 (C型肝炎の新規申請で同意された場合のみ。申請窓口でご案内します)

変更

- 本申請書
- 変更に関する書類 (住所:住民票 有効期間:治療しない月分の管理票 限度額:住民票・市町村民税課税証明書等)
- 現在お持ちの受給者証

再交付 (受給者証を紛失した場合)

- 本申請書

転入 (他県で既に受給されていた場合)

- 本申請書
- 医療保険の資格情報が確認できる資料 (被保険者証の写し等)
- 他都道府県支給の受給者証の写し
- 住民票 (転入日の記載がありマイナンバーの記載のないもの)

<新規の交付申請を行う方へ(アンケートご協力をお願い)>

今後の肝炎対策に生かしていきたいと考えておりますので、下記のアンケートにご協力ください。

(回答内容は、統計処理を行った上で活用するため、個人が特定できる形で公表されることはなく、本申請の認定等にも影響を及ぼすものではありません)

Q. 肝炎ウイルス検査で陽性と判明したきっかけを教えてください (該当するものに☑。複数回受検の場合は、直近のもの)

- 職場健診
- 人間ドック
- 他疾患での医療機関への通院や入院時の検査等
- 自治体検診
- 県・保健所の無料検査
- 献血
- 妊婦健診
- その他 ()

(裏面)

肝炎治療受給者証交付申請書

※マイナンバーを利用される方がいる場合は、こちらの裏面もご記入ください。
// いない場合は、こちらの裏面は記入不要です。

下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。
下記のマイナンバーを利用する者は、直近年度の地方税関係情報を取得することについて
同意します → 同意する本人それぞれが下記に署名してください
同意しません → 市町村民税額(所得割)について紙による提出が必要です。

【窓口での確認について】

窓口で申請者本人のマイナンバーの確認と身元確認を行いますので、下記(1)～(3)のいずれかをご持参ください。
(世帯員のマイナンバーは原則確認を行わないため、記載にあたってはお間違えのないようご注意ください)

- (1) マイナンバーカード
 - (2) マイナンバーの確認ができる住民票等 + 顔写真入りの身分証明書1つ(運転免許証など)または肝炎治療受給者証
 - (3) マイナンバーの確認ができる住民票等 + 顔写真の入っていない身分証明書2つ(保険証など)
- ※代理人が申請する場合、別途書類が必要になります。
詳細は別紙「マイナンバー制度の関係書類について」をご確認ください。

申請者・世帯員 氏名(自署) <small>※この欄には、すべての世帯員の氏名を記入してください。 (マイナンバーを利用する方:自署、利用しない方:代筆可)</small>	申請者との続柄	高校生以下の未就労者の場合チェック	個人番号(マイナンバー) <small>※マイナンバーを利用しない方は、この欄への記載は不要です。 (高校生以下の未就労者、紙による提出の方)</small>				紙による提出				
ふりがな いしかわ たろう (例)石川 太郎	本人	<input type="checkbox"/>	9	9	9	9	9	9	9	9	<input type="checkbox"/>
いしかわ はなこ (例)石川 花子	母	<input type="checkbox"/>									<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>

※行が足りない場合は、本申請書をコピーするなどして別紙を作成し、ご記入ください。

※センター押印欄

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認