

肝炎治療受給者証交付申請書

(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				性 別	男 女
	生年月日	年	月	日	職 業	
	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 ・ 後	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号			
被 保 険 者 証		発 行 機 関 名				
	所 在 地					
病 名 (○をつける)	<インターフェロン治療> 1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 C型代償性肝硬変	<インターフェロンフリー治療> 1 C型慢性肝炎 2 C型代償性肝硬変 3 C型非代償性肝硬変	<核酸アナログ製剤治療> 1 B型慢性肝炎 2 B型代償性肝硬変 3 B型非代償性肝硬変			
本助成制度 利 用 歴	1 あり 2 なし 受給者番号() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)					
保険医療機関 又は保険薬局	医療機関名	所在地				
		(電話)				
		(電話)				
		(電話)				
認定の有効期間の 開始日	年 月 日の初日		※ 認定開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から 「診断書が作成された日の属する月の翌3ヶ月」までのいずれ かの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。			
(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。 年 月 日 申請者氏名 印 福島県知事 殿						

(添付書類) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類

※自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾する場合には、課税年額を証明する書類の添付を省略できます。該当する場合には、以下の欄に自署してください。

自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾し、市町村民税(所得割)の課税額を証明する書類の添付を省略します。	氏名
--	----

(裏面)

世帯調書

太枠の中を記入してください。

世帯の中に、市町村民税課税年額を証明する書類の該当年の12月31日現在の年齢が18歳以下の方がいますか？	なし	・	あり
↓			
下記構成員名の年齢欄に、当時の年齢を記載してください。			

世帯構成員名	続柄	年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額				保健所確認欄		
								添付書類	除外希望者	
	本人							円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
計								円		

- 1 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類を添付してください。
- 2 市町村民税の証明書については、乳幼児や義務教育就業中の方などは除きます。
- 3 扶養となっている者については、扶養の証明をもって課税証明書の提出を省略することができます。
- 4 世帯調書に記載する者のうち、配偶者以外の者で、受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、世帯の市町村民税課税額の合算対象から除外することが出来ますので、「市町村民税額合算対象除外希望申請書」(様式第1号の1)を提出してください。
- 5 世帯調書に記載する者のうち、市町村民税課税年額を証明する書類の該当年の12月31日及び申請日のいずれの時点においても、子を有しかつ過去に法律上の婚姻の事実が確認できない者については、寡婦(夫)控除等のみなし適用を受けられる場合がありますので、保健所に御相談ください(みなし適用該当の可能性のある場合は、誓約書及び必要書類等を提出していただきます)。

【保健所確認欄】※記入しないでください。

保健所確認欄	添付書類	1 診断書 2 保険証 3 住民票 4 市町村民税課税年額を確認できる書類 ※ 扶養控除対象者の有無 → なし ・ あり	
	階層区分	甲・乙	市町村民税(所得割)額合算額