

様式第1号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）
（表）

肝炎治療受給者証交付申請書 （インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）（該当に○）				
申請区分 （該当に○）		新規・転入・2回目・3回目・更新・再治療		
申請者	ふりがな			性別 （該当に○）
	氏名			男・女
	生年月日	年	月	日
	住所	〒 - - （自宅電話 - - - - -）（携帯電話 - - - - -）		
	加入医療保険 （該当に○）	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 国保退職者 8 後期高齢者	
	保険の区分	1 被保険者 2 被扶養者（被保険者名 続柄）		
病名 （該当に○）	1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる。） 2 代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる。） 3 非代償性肝硬変（B型肝炎ウイルスによる。） 4 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる。） 5 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる。） 6 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる。）			
本助成制度利用歴	1 なし 2 あり 受給者番号（ ） 助成期間（ 年 月～ 年 月）			
医療機関	名称			
	所在地			
<p>インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又はインターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、下段（注）を了承した上で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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ⑩ （氏名を自署する場合は、押印は不要です。）</p>				

前年（前々年）の所得に対する世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。

氏名

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及び医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望します。

除外対象者氏名

（注）

- 1 肝炎治療特別促進事業の認定基準は裏面のとおりです。
- 2 市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する者がある場合は、その者が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及び医療保険上の扶養関係にない者であることを確認できる資料を併せてご提出ください。
- 3 ※は保健所で記入します。
- 4 本助成事業の助成を受けて行った治療成績等に関して、治療効果の判定及び県の肝炎対策に関する参考資料に活用させていただく場合があります。

市町村民税			自己負担限度額	
※ 非課税	※ 課税	※ 所得割課税年額 円	※ A (10,000円)	※ B (20,000円)

確認1	確認2
※	※

別表第3（第4条、第6条関係）

認 定 基 準

1 インターフェロン治療について

- (1) HBe抗原陽性（ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe抗原陽性又はHBe抗原陰性）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である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
- (2) 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である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量のペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法（以下「3剤併用療法」という。）による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの
- (3) 肝炎治療特別促進事業においてB型慢性肝疾患の3回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、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。）を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。
- (4) 肝炎治療特別促進事業においてC型慢性肝疾患の2回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。
ア 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とき
イ 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週投与が行われたとき

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型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者

3 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、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

- (注) 1 上記については、1(2)及び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、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、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によって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。
- 3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
- 4 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日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。