

市町村民税 (所得割)	※	円	受給者証 の 始 期	※	階層区分	※ 甲 ・ 乙
				月	申請区分	※ 新規・再登録・更新・転入

※保健福祉事務所で必ず記入のこと

肝炎治療受給者証交付申請書 インターフェロン・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤						
申 請 者 (患 者)	ふりがな 氏 名				性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	年 齢	職 業	
	住 所	〒 — (電話) (携帯電話)				
	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・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						
病 名						
本助成制度利用歴	1 あり	受給者番号				
	2 なし	有 効 期 間	平成	年	月	日 ~ 平成 年 月 日
医療機関名称				主治医		
肝炎治療(抗ウイルス治療)の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること、及び抗ウイルス治療費の助成を受けるにあたって、県が医療機関等から必要な資料等を入手することについて同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。						
<送付先> 申請者住所と受給者証等の送付先が異なる場合には送付先住所を記入してください。						
〒 — 住所						
_____ 氏名(署名) _____ 印						
平成 年 月 日 (患者と同一であって、且つ自署であれば押印は省略できます)						
群馬県知事 あて						

(添付書類)

1. 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
2. 住民票(申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方について記載のあるもの)
3. 市町村民税の課税年額を証明する書類(申請者及び申請者と同一の世帯に属する方 全員のもの)
※ 自己負担限度額が20,000円となることに同意する場合は、課税年額を証明する書類の添付を省略することができます。
4. 被保険者証等の写し(申請者の氏名が記載されたもの)

肝炎治療費等助成事業の申請にあたり、下記の事項に同意する場合はチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 治療経過及び結果等が、抗ウイルス治療効果等研究利用の基礎資料として使用されること。 ※個人情報保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されません。 <input type="checkbox"/> 課税年額を証明する書類の添付を省略するため、自己負担限度額(月額)が20,000円とすること。
--

(注) 受給者証の有効期間は、交付申請書の提出した月以前に遡ることはできません。申請の際は十分御注意ください。