

平成 28 年 4 月～

# C型ウイルス性肝疾患 治療費助成事業のご案内



岬町では早期治療への促進を図るため、C型肝炎ウイルスの除去を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療に要する費用の助成を行います。

平成 28 年 4 月 1 日以降の治療について助成の対象となります。詳しくは岬町立保健センターにお問い合わせください。

## ○対象となる方（次の要件を全て満たす方）

- ①C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療を受ける方で肝がんの合併がないこと。
- ②岬町に住民登録していること。
- ③医療保険各法の規定に基づく被保険者又は被扶養者であること。
- ④大阪府の肝炎治療費助成制度の「肝炎治療受給者証」の交付を受けている、又は交付対象となること。
- ⑤世帯全員に町税等の滞納がないこと。
- ⑥世帯全員が岬町暴力団等の排除に関する条例に規定する暴力団関係者でないこと。

## ○助成内容

大阪府の肝炎治療費助成制度、又は医療保険各法の規定による自己負担限度額の範囲内で岬町が上乗せ助成を行うこととします。

## ○助成期間

大阪府肝炎治療医療費助成制度を申請された方は、これにより認定された自己負担額及び治療期間、もしくは、同等の治療に要すると医師が認めた期間の助成を行います。

## ○申請方法及び助成金の支給

- 平成 28 年 4 月分の医療費から対象となります。同じ年度内(4 月～翌年 3 月分まで)の医療費であれば、まとめて申請することができます。申請書に関係書類を添えて岬町立保健センターに申請してください。
- 申請内容を審査のうえ、承認を受けた方に対して交付決定通知書を郵送するとともに口座振込みにより助成金を支給します。

## ○申請時に必要となる書類等

申請に必要な書類については、保健センターの窓口で配布又は岬町ホームページからもダウンロードできます。

- ① 岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金交付申請書（様式第1号）  
記入見本を参考に記入してください。
- ② 岬町ウイルス性肝疾患治療受診等証明書（様式第2号）  
治療を受けた医療機関に記入いただいでください。文書料が発生する場合は、申請者の負担となりますのでご了承願います。
- ③ 助成金申請額内訳書（様式第3号） 及び 領収書  
領収書の原本の返却を希望される場合は、保健センターでコピーをとりお返しします。
- ④ 同意書（様式第4号）  
助成の資格要件を町が確認することについて、同意をいただくものです。
- ⑤ 誓約書（様式第5号）  
助成の資格要件や規定に違反していると認められたとき、既に交付を受けた助成金を返還していただく場合があります。その旨を了解し誓約をいただくものです。
- ⑥ 大阪府の「肝炎治療受給者証」並びに「自己負担上限額管理票」の写し（大阪府の肝炎医療費助成制度を利用している方）
- ⑦ 健康保険証の写し
- ⑧ 公費医療証の写し（お持ちの方）

## ○申請窓口・お問い合わせ

岬町立保健センター TEL 072-492-2424  
FAX 072-492-2433

岬町ホームページ <http://www.town.misaki.osaka.jp/>

### 【参考】

◎大阪府肝炎医療助成に関する相談

「大阪府肝炎医療助成制度」の申請窓口は、大阪府泉佐野保健所になります。

TEL 072-462-7701 FAX 072-462-5426

詳しくは、大阪府のホームページをご参照ください。

<http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/josei.html>

◎大阪府肝炎医療助成申請に関する書類は、岬町立保健センターの窓口で配布又は大阪府ホームページからもダウンロードできます。