

記入見本

様式第2号（第7条関係）

岬町ウイルス性肝疾患治療受診等証明書

平成 ● 年 ● 月 ● 日

岬町長様

医療機関等所在地

名称 ●●●●病院

医師氏名 ●●●●

(電話番号: ●●●-●●●-●●●●)



下記の通り、大阪府肝炎治療医療費助成制度の対象治療に該当するC型肝炎ウイルス性肝疾患治療を実施したことを証明します。

フリガナ 受診者名	ミサキ タロウ 岬 太郎	性別 ● (男)・女	生年 月日	昭和 ●●年 ●月 ●日 (●● 歳)
住所	大阪府泉南郡岬町 深日2000-1 電話 (●●●) ●●● - ●●●●			
診断名	<input checked="" type="checkbox"/> 1 C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎（肝がん合併なし） <input type="checkbox"/> 2 C型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変（肝がん合併なし）			
治療内容	<input type="checkbox"/> 1 インターフェロンα製剤 単独 <input type="checkbox"/> 2 インターフェロンβ製剤 単独 <input type="checkbox"/> 3 ペグインターフェロン製剤 単独 <input type="checkbox"/> 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 <input type="checkbox"/> 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 <input type="checkbox"/> 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 <input type="checkbox"/> 7 ペグインターフェロン及リバビリン及びテラプレビルの3剤併用療法 <input type="checkbox"/> 8 ペグインターフェロン及リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法 <input checked="" type="checkbox"/> 9 インターフェロンフリー治療 <input type="checkbox"/> ダグラタスビル及びアスナプレビル併用療法 <input type="checkbox"/> ソホスブビル及びリバビリン併用療法 <input checked="" type="checkbox"/> レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療 <input type="checkbox"/> オスビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療期間	(12) 週 (平成 28 年 6 月 ~ 平成 28 年 8 月) 入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			

- 該当する項目にチェックを入れてください。
- 助成の対象となる治療は、大阪府肝炎治療医療費助成制度の対象治療に該当するC型肝炎ウイルスの除去を目的として行われる保険適応のインターフェロン治療、又はインターフェロンフリー治療とします。
- 助成金の対象となる期間は、大阪府肝炎治療医療費助成事業により認められた期間もしくは、同等の治療に要する医師が認める期間とします。

記入見本

様式第3号（第7条関係）

岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金の申請額内訳書

申請者 住所 岬町深日2000-1
氏名 岬 太郎



申請額の内訳は次のとおりです。

診療月	医療機関で支払った額 (A)	大阪府要綱に基づく自己負担限度額 (B)	(A) (B) いずれか少ない額 (C)	他の制度により給付される額 (D)	申請額 (C) - (D)
平成28年 6 月分	70,000 円	20,000 円	20,000 円	0 円	20,000 円
7 月分	65,000 円	20,000 円	20,000 円	0 円	20,000 円
8 月分	78,000 円	20,000 円	20,000 円	0 円	20,000 円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
平成 年 月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
月分	円	円	円	円	円
申請額合計					60,000 円

- 医療機関に支払った額を証明する領収書等を添付してください。
- 対象となる治療費は、C型肝炎ウイルスの除去を目的として行われる保険適応のインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療に要した費用とし、当該医療費として要した初診料、再診料、検査料、入院料等とします。ただし、文書料、個室料等の治療以外の費用は助成の対象とはなりません。
- 当該治療の中断を防止するために併用して行う副作用の治療については、助成の対象となります。ただし、当該治療を中断して行う副作用の治療については、対象外となります。
- 大阪府肝炎治療助成制度の対象治療に際して負担する自己負担限度額の範囲内で、町が助成を行うものです。
(助成限度額 甲：20,000 円 乙：10,000 円 丙：医療保険各法の規定により負担する額)
- 医療保険各法の規定による標準負担額及びその他の法令等による給付がある場合は、その額を控除するものとします。

記入見本

様式第4号（第7条関係）

同意書

岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金の交付を申請するにあたり、岬町ウイルス性肝疾患治療費助成事業実施要綱第4条に定める助成対象者の資格要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

●● 年 ● 月 ● 日

申請者 住 所 岬町深日2000-1
氏 名 岬 太郎
生年月日 昭和●●年 ●月 ●日



※提出いただいた個人情報は、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

住民基本台帳の世帯の確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)

記入見本

様式第5号（第7条関係）

誓約書

岬町長様

住所 岬町深日2000-1

氏名 岬太郎



私は、岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金の交付申請に当たり、岬町ウイルス性肝疾患治療費助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第3条に定める助成対象者の要件を満たしていることを誓約します。

また、町長が要綱の規定に違反すると認める場合は、岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金の交付決定の取り消しに同意するとともに、既に交付を受けた岬町ウイルス性肝疾患治療費助成金を返還することを誓約します。