

肝炎治療にかかる医療費の助成について

『兵庫県肝炎治療特別促進事業』

B型肝炎、C型肝炎の早期治療を促進し、肝硬変や肝がんへの進行を未然に防ぐ観点から、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）にかかる月々の医療費の自己負担額を、各世帯の所得に応じて軽減する事業です。

◇ 対象となる疾患は？

インターフェロン治療：B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変

インターフェロンフリー治療：C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変（Child-Pugh 分類 A）

核酸アナログ製剤治療：B型肝炎ウイルスによる慢性肝疾患

◇ 対象者は？

次の項目をすべて満たす方

- ① 兵庫県内に住所を有する方
- ② 対象となる疾患（B型・C型ウイルス性肝炎）と診断され、かつ、認定基準を満たしている方
- ③ 各種医療保険のいずれかに加入している方
原爆被爆者援護法など他の法令等の規定により、抗ウイルス治療を含む医療の給付を受けている方は、この事業の対象となりません。

◇ 認定基準は？

次の項目のいずれかに該当する方（国が定めた統一基準です。）

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ 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、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン＋リバビリン併用治療について

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、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (2) に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の 24 週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① 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ケース

② 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 週与が行われたケース

(2) 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剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、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による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1) に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、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、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※ 上記については、原則1回のみ助成とする。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。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

◇ 助成の対象となる医療・医療費は？

*B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎に対して行う抗ウイルス治療で保険適用となっている医療です。これらの治療にかかる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料が対象になります。

【対象となるもの】

- ・受給者証に記載された有効期間内の、抗ウイルス治療に関する初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料
※治療の中断を防ぐために併用する副作用の治療（薬剤料など）を含む
治療の導入、中断、再開、中止を判断するための検査料を含む

【対象とならないもの】

- ・入院時の食費や生活費
- ・申請手続きのための診断書料、差額ベッド代など（保険適用外のため）
- ・治療を中断して行う副作用の治療費
- ・抗ウイルス治療との関係が認められない治療費（他の疾患の治療費など）

【肝疾患に係る治療で抗ウイルス治療と関係がないものも対象外です。

例：肝庇護薬（ウルソ、強力ネオミノファーゲン等）、肝がんの治療等】

注) 福祉医療（老人医療・重度障害者医療ほか）など、公費負担による他の医療助成制度と併用することはできません。
先に福祉医療の適用を受けた医療費については、この事業による助成の対象になりません。

◇ 助成を受けるには？

*お住まいの地域を管轄する県健康福祉事務所・市保健所等の窓口（8ページ参照）に申請書を提出し、知事の認定を受ける必要があります（申請書類、申請手続きの詳細については6ページ参照）。

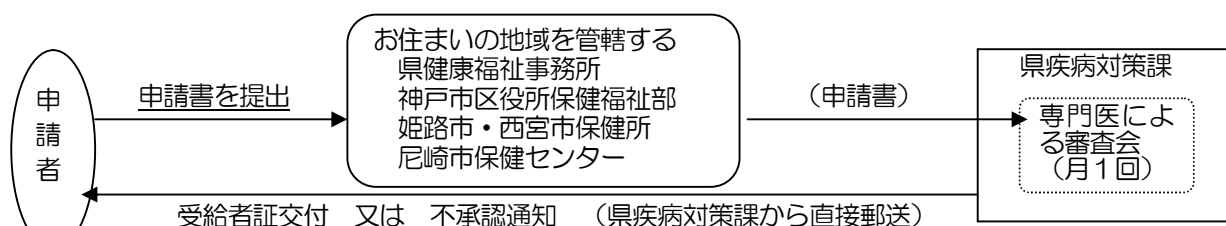
※ 申請書類等の様式は、申請窓口、又は、県ホームページで入手できます。

※ 現在、受給者証を所持し治療中の方が、治療の切り替えを行う場合は、新たに申請を行う必要があります。

また、核酸アナログ製剤に係る治療受給者証をお持ちの方が、あわせて、インターフェロン治療も行う場合は、別途申請が必要です（核酸アナログ製剤に係る治療受給者証は、インターフェロン治療には使えません。）

◇ 認定までのながれは？

*申請書に基づき、県が専門医による審査を行い、認定された場合には「肝炎治療受給者証（以下「受給者証」といいます）」を交付します。また、認定基準を満たさない場合には、書面によりお知らせします。



注) 申請書を提出されてから審査結果をお知らせするまで2か月前後かかります。

◇ 認定を受けると？

- * 「受給者証」に記載された受療保険医療機関・保険薬局（受給者が申請書に記載した医療機関等）で抗ウイルス治療を受ける際に、被保険者証とともに「受給者証」を提示すれば、受給者証の「有効期間」欄に記載された期間（最大1年間）、対象医療費の月々の自己負担額が「受給者証」に記載された「自己負担限度額（月額）」までとなります。
- * 「自己負担限度額（月額）」は、申請書類（世帯全員の市町民税課税年額証明書類）に基づき、世帯全員の対象税額の合算額（※）で、下表の区分により決定されます。

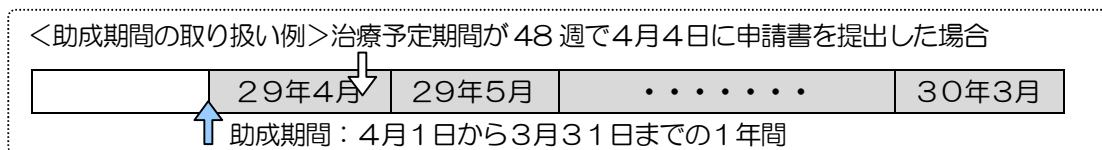
【区分表】

区分	世帯の市町民税（所得割）課税年額	自己負担限度額（月額）
甲	235,000円以上の場合	20,000円
乙	235,000円未満の場合	10,000円

- ※ 0～15歳及び16～18歳の親族等を税制上扶養している方は、「市町民税（所得割）にかかる年少扶養者等の申出書」及び証明書類の提出により、年少扶養控除等があるものとして再計算した想定住民税（所得割）の額をもとに月額自己負担限度額区分を決定します。
- ※ 受給者の配偶者以外で、受給者及びその配偶者と地方税制上も医療保険上も扶養・被扶養関係がない方がいる場合は、世帯全員の課税年額証明書類を提出したうえで、「市町民税額合算対象除外希望申請」ができます。

◇ 助成を受けられる期間は？

- * 助成期間は、お住まいの地域の健康福祉事務所等で、申請書を受理した月の初日から1年以内で、治療期間に即した期間です。
インターフェロンを含む治療及びインターフェロンフリー治療には更新がありませんので、主治医とご相談のうえ、治療を行う時期にあわせて申請してください。



- * 核酸アナログ製剤治療については、有効期間内に申請いただくことにより、1年ごとに有効期間の更新を行うことができます。
- * 特例として、次の①～③に該当する場合、助成期間を延長できます。
（受給者証の有効期間内に期間延長の変更申請が必要です。受給者証の有効期間終了後に申請された場合、延長期間の始期は、延長申請を受理した月の初日からとなり、終期は延長前の有効期間満了から起算した場合の延長期間終了日までとなるため、不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。）

例：有効期間が平成28年5月1日～平成29年4月30日の受給者証をお持ちの方が6ヶ月延長を申請
 平成29年4月30日までに申請受理、承認 → 平成29年5月1日～同年10月31日に期間延長
 平成29年5月1日～31日までに申請受理、承認 → 同上
 平成29年6月1日～30日までに申請受理、承認 → 平成29年6月1日～同年10月31日に期間延長
 （5月1日～31日の医療費は助成対象外となる）

- ① C型慢性肝炎の難治症例（セログループ（ジェノタイプ）1型・高ウイルス量）で、これまでに十分量の3剤併用療法による24週投与を行ったことがない者が、ペグインターフェロンとリバビリン併用療法の実施にあたり、一定の要件を満たし、医師が、72週連続投与が必要と判断する場合（半年）
 - * 上記①における「一定の要件」を満たす場合
 - (ア) 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48週を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した再燃した者
 - ・ 投与開始から起算し36週目までにHCV-RNAが陰性化していること
 - ・ 上記要件に該当し、48週に引き続き、プラス24週（計72週）の投与期間延長が望ましいと医師が判断する場合

(イ) 上記(ア)に該当しない者

- ・ 投与開始後 12 週後は HCV-RNA 定量が陽性のままであり、かつ、前値の 1/100 以下に低下していること
- ・ 投与開始から起算し 36 週目までに HCV-RNA が陰性化していること
- ・ 上記要件に該当し、48 週に引き続き、プラス 24 週（計 72 週）の投与期間延長が望ましいと医師が判断する場合

② C型慢性肝炎のセログループ（ジェノタイプ）1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施にあたり、一定の要件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に 24 週投与することが適切と判断する場合（半年） ※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

* 上記②における「一定の要件」を満たす場合

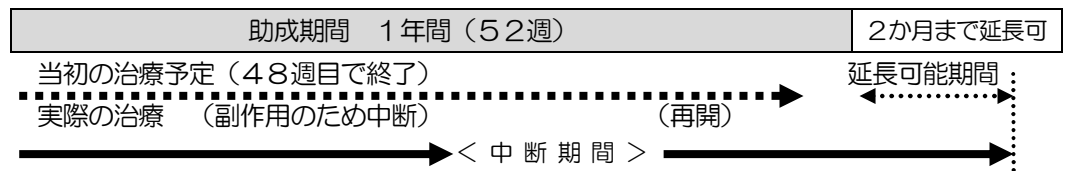
(ア) これまでの 24 週以上のインターフェロン治療 [(ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法] で HCV-RNA が一度も陰性化しなかった者で、ペグインターフェロン及びリバビリンを更に 24 週延長投与することが適切と医師が判断した場合

(イ) または、インターフェロン治療の開始 12 週後に HCV-RNA が前値の 1/100 以下に低下せず、治療が 24 週未済で中止となった者で、ペグインターフェロン及びリバビリンを更に 24 週延長投与することが適切と医師が判断した場合

③ 副作用等により治療中断が必要となり、治療期間が助成期間をわずかに超える見込みとなった場合で、有効期間満了後概ね2か月の間に残りの治療を完了できる見込みがある場合（最長2か月まで）

※ すべてのインターフェロン治療について、上記①、②とは別に要件を満たせば申請が可能です。

< 2か月を限度として助成期間（有効期間）を延長できる例 >



※ 再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については対象としない。

◇ 医療機関等での自己負担額の取り扱いは？

「受給者証」が届くまで

- * 必ず、申請書に記載した保険医療機関、保険薬局で抗ウイルス治療及び薬剤の処方を受けてください。（医療機関等を追加・変更する場合は手続きが必要です。7ページ参照）
- * 「受給者証」がお手元に届くまでは、一旦、従来どおりの自己負担額を医療機関等の窓口で支払い、領収証を保管しておいてください。
- * この間に支払った対象医療費の合計額（月額）が、「自己負担限度額（月額）」を超えた場合は、お住まいの地域の健康福祉事務所等に請求書を提出いただくことにより、超過額のうち各加入医療保険の「高額療養費（高額療養の患者負担額を超える額）」を差し引いた金額を県からお返しします。（医療機関等の領収証を添付。7ページ参照）

注）他の医療助成制度とは併用できません。福祉医療（老人医療・障害者医療など）の受給者証を使用して自己負担額を支払われた場合、すでに他の助成制度が適用されているため、この事業による助成の対象とはなりません。

「受給者証」が届いてから

- * 「受給者証」とともに「肝炎治療自己負担限度月額管理票（以下「月額管理票」）」をお送りします。
- * 「月額管理票」は、受給者と各医療機関等との間で月々の「自己負担限度額（月額）」の支払い状況を確認するためのもので、毎回、医療機関等の窓口で提示し、その都度支払額を記入してもらいます。
- * 「月額管理票」に記入された支払額の合計が、「自己負担限度額（月額）」に達するまでは、従来通りに医療機関等の窓口でお支払いください。
- * 「自己負担限度額（月額）」に達した後は、「月額管理票」の提示により、その月の窓口でのお支払いは不要（公費負担）となりますので、窓口で払い過ぎないようにご注意ください。

<受給者証イメージ>

肝		肝炎治療受給者証	
公費負担番号	38 28 601 9		
公費負担医療の受給者番号	2 00000 0		
受給者	住所	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	氏名	〇 〇 〇 〇	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別 〇
疾病名	C型慢性肝炎		
有効期間	自 平成29年4月 1日 至 平成30年3月31日		
月額自己負担限度額(区分)	10,000円		
交付年月日	平成29年〇月〇日		
発行機関名及び印	兵庫県知事 印		
受給者 医療機関等	1	〇〇〇〇大学病院	
	2	〇〇〇〇診療所	
	3	〇〇〇〇薬局	

<月額管理票(*)イメージ>

29年4月分
肝炎治療受給者自己負担限度額管理票

受診者名	〇〇 〇〇	受給者番号	2000000
------	-------	-------	---------

有効期間 29年4月1日~30年3月末日
月額自己負担上限額 10,000円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
4月1日	〇〇〇〇薬局	印

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月額自己負担額累計額	月額自己負担額確認印
4/1	〇〇〇〇診療所	8,050円	8,050円	印
4/1	〇〇〇〇薬局	1,950円	10,000円	印

※自己負担額が2,650円であった場合、あと1,950円で10,000円に達するので、1,950円だけを窓口で支払います。残りの700円と、これ以後月末までの自己負担額は公費負担となりますので、窓口で支払わないようにしてください。

「高額療養費」との関係

- * この「肝炎治療費助成」は、対象医療費が「自己負担限度額(月額)」を超えたところから、「高額療養費」の患者負担限度額に達するまでの部分を公費で助成するものです。
- * 高額療養の患者負担限度額を超える額については、従来どおり、各医療保険等の保険者に請求してください。

受給者証交付申請

- 次の①～⑤の書類を、お住まいの地域の申請窓口（8ページ参照）に提出してください。
- 助成には有効期間がありますので、主治医とご相談のうえ、治療を行う時期にあわせて申請してください。
- 核酸アナログ製剤治療は、1年ごとに有効期間の更新を行うことができます。申請期間は有効期間終了の3ヶ月前から有効期間が終了するまでで、必要書類は医師意見書の様式を除き新規申請と同じものがが必要です。なお、アナログの更新申請については、郵送による手続きが可能です。
- 申請書類の記載方法等については、申請窓口にお尋ねください。
- <コピー>又は<コピー可>の書類についても、窓口で確認を行うため、必ず原本を持参してください。

	提出書類	確認事項等
①	<p>(様式1号) 肝炎治療受給者証交付申請書 ・3剤併用療法を除くインターフェロン治療(新規・2回目) ・3剤併用療法(新規・再治療) ・インターフェロン治療(新規・再治療) ・核酸アナログ製剤治療(新規・更新)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●所定用紙(様式1号)に必要事項を記入してください ●受給者と申請者が異なる場合は申請者欄に押印し、続柄を記入してください。 ●治療を受ける保険医療機関、保険薬局をすべて記入してください。(受給者証に登録されます) ●自己負担限度額が甲区分(20,000円)であることを申告し、④の書類を省略する場合は、確認欄に必ず署名(自署)してください。
②	<p>(様式2-1～8号) 肝炎治療受給者証の交付申請にかかると診断書、意見書 ※診断書は1医療機関のみでよい。 作成料は助成対象外。 (様式2-1号)3剤併用療法を除くインターフェロン治療(新規) (様式2-2号)3剤併用療法を除くインターフェロン治療(2回目) (様式2-3号)核酸アナログ製剤(新規) (様式2-4号)核酸アナログ製剤(更新) (様式2-5号)3剤併用療法(新規) (様式2-6号)3剤併用療法(再治療) (様式2-7号)インターフェロン治療(新規) (様式2-8号)インターフェロン治療(再治療)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診断書及び意見書を記載できるのは、次のいずれかに該当する医師です。 (1)要件を満たし、県に登録した医師 (2)社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医 ※診断書及び意見書の資格確認欄に記載が必要です。診断書を記載できる医師の名簿は県ホームページに掲載しています。 ※様式2-8号インターフェロン治療(再治療)の記載については肝疾患診療連携拠点病院(兵庫県の場合は、兵庫医科大学病院)に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。 ●診断書の記載内容について次の点を確認してください。 ・申請日前3か月以内に記載された診断書であること(様式2-4号は前回申請時以降1年以内のものであること) ・記載日前6か月以内(治療中の場合は治療開始時)の検査結果等資料に基づく診断書であること(様式2-4号は直近の認定・更新時(受給者証に記載の交付年月日)以降に検査された内容であること) ・記載漏れがないこと ●診断年月がかなり以前ではっきり確認できない場合は「昭和〇年頃」等と記載して差し支えありません。 ※様式2-4号に代わり、直近の認定・更新時(受給者証に記載の交付年月日)以降に行われた(a)検査内容(ウイルスマーカーや血液検査結果等)及び(b)治療内容が判断できる資料の提出でも可とする。
③	<p>被保険者証(健康保険証)の写し <コピー></p>	<ul style="list-style-type: none"> ●受給者の氏名が書かれた被保険者証(健康保険証)の写し(コピー)を添付してください。
④	<p>世帯全員の市町民税課税年額(または非課税)を証する書類 [次のいずれかを提出] ア 市町民税・県民税課税証明書 <コピー不可> イ 市町民税・県民税納税通知書 <コピー可> ウ 市町民税・県民税特別徴収税額の決定通知書 <コピー可></p> <p>※本人以外が代理で課税証明書の交付を申請する場合、委任状や身分証明書の提示が必要な場合があります。事前に必要書類をご確認ください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●⑤の住民票に記載のある方全員の「市町民税(所得割)課税年額」を証する書類を添付してください。 <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>◇申請時期により該当する年度のものを添付してください。 ・平成29年6月末までに申請の場合 →H28年度の課税額(27年分) ※H29年度の課税額(28年分)でも可としますが、世帯全員の課税年度はそろえてください。 ・平成29年7月～30年6月末までの間に申請の場合 →H29年度の課税額(28年分)</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ●世帯全員の合計額が「235,000円」を超えることが確実な場合は、(様式1号)の確認欄への署名により添付を省略できます。 ●通常、市町民税(所得割)が非課税と想定される方について、他者の課税証明などで被扶養者であることが確認できる場合は、<u>申出書の提出により課税証明書類の添付を省略できます。</u>(配偶者控除、扶養控除、障害者控除等の対象者) ●世帯の市町民税(所得割)額が235,000円以上の方で、0～15歳及び16～18歳の親族等を税制上扶養している方は「<u>年少扶養者等の申出書</u>」を、合算除外対象者がいる方は「<u>市町民税額合算対象除外希望申請書</u>」を提出してください。
⑤	<p>世帯全員の住民票 <コピー不可></p>	<ul style="list-style-type: none"> ●受給者と同一世帯に属する方全員について記載された住民票を添付してください。 ●続柄が記載されたものであること ●申請前3か月以内に発行されたものであること

受給者証交付後に手続きが必要となる場合

- 受給者証の交付後、次に該当する場合には、別途手続きが必要となります。
- 所定の用紙に必要書類をそえて、速やかに、お住まいの地域の申請窓口へ提出してください。
- 写しを提出する書類については、窓口で確認を行うため、必ず原本を持参してください。

	手続きが必要となる場合	提出様式・添付書類等
1	<p>受給者証の有効期間内の各月に、受給者証の自己負担限度額を超えて医療機関等に支払った対象医療費がある場合</p> <p>例) 受給者証が交付されるまでの間に支払った医療費など</p> <p>※お手続きの際は印鑑と通帳をご用意ください。</p>	<p>●<u>肝炎治療医療費等請求書（様式 13 号）</u></p> <p>様式 13 号欄外(記入上の注意)をよくご確認のうえ請求してください。</p> <p><添付書類></p> <p>①受給者証の写し（必須）</p> <p>②自己負担限度額を超えて支払った月のすべての領収証（必須）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受給者証に記載のある医療機関等の領収書に限ります。 ・月ごとに分けて、ひと月分をまとめて請求してください。 ・高額療養費の手続き等に必要な場合は領収書のコピーで可。 <p>③高額療養費支給決定通知書、健康保険限度額適用認定証などの写し（既に高額療養費の手続きが完了している場合）</p> <p><u>注）医療費が高額になる場合には、別途、高額療養費の申請手続きを行ってください。（加入している健康保険の保険者に申請）</u></p> <p>④委任状（請求者と受給者が異なる場合）</p>
2	<p>申請書及び受給者証の記載内容に変更があった場合</p> <p>①氏名、住所の変更</p> <p>②加入医療保険の変更</p> <p>③疾病名の追加・変更</p> <p>④受療医療機関等の追加・変更</p> <p>⑤月額自己負担限度額（区分）</p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証変更申請書（様式 9 号）</u></p> <p><添付書類> 共通①、②、④、⑤は受給者証の写し、③は受給者証原本</p> <p>①氏名：免許証等、住所：変更後の住民票等（本人分のみ）</p> <p>②変更後の被保険者証（健康保険証）の写し（コピー）</p> <p>③疾病名の追加・変更に関する医師の診断書（様式 2 号）</p> <p>④不要（主治医に、抗ウイルス治療との関連性を確認する場合があります。）</p> <p>⑤世帯全員の住民票及び市民税課税年額を証する書類</p> <p>※⑤は受給者に有利な場合、有効期間内に変更申請が可能です。申請日が月の初日であればその月から、2日以降であれば翌月から適用</p>
3	<p>受給者証の紛失、破損等により再交付が必要となった場合</p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証再交付申請書届（様式 10 号）</u></p> <p><添付書類> ●破損・汚損の場合は受給者証の原本を返却</p>
4	<p>受給者証の有効期間の延長が必要となった場合</p> <p><u>注）受給者証の有効期間内に申請してください。申請が遅れると不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。</u></p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証変更申請書（様式 9 号）</u></p> <p><添付書類></p> <p>●治療の中断による延長申請</p> <p>医師の意見書（所定の様式：治療中断に至った理由、中断期間、治療完了予定年月日を必ず記載）</p> <p>●「ペグインターフェロンとリパビリン併用療法」72 週投与のための延長申請</p> <p>医師の意見書（所定の様式：C 型慢性肝炎の難治症例で 72 週投与が必要であることを記載）</p> <p>●シメプレビルを含む 3 剤併用療法に当たり、ペグインターフェロン及びリパビリン 24 週追加投与のための延長申請</p> <p>医師の意見書（所定の様式：インターフェロン療法の前治療無効例で 24 週追加投与が適切であることを記載）</p>
5	<p>県外に転出した場合</p> <p>注) 転出先で引き続き助成を受けたい場合は、別途、手続きが必要です。事前に転出先の都道府県にご確認ください。</p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証返還届（様式 11 号）</u></p> <p><添付書類></p> <p>●受給者証の原本を返却</p> <p>注) 受給者証の写しを保管のこと（転出先での手続きに必要）</p>
6	<p>治癒、治療の中止、その他の理由により受給者の資格を失った場合</p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証返還届（様式 11 号）</u></p> <p><添付書類></p> <p>●受給者証の原本を返却</p>
7	<p>他の都道府県で受給者証の交付を受けた後に、県内に転入した場合</p> <p>注) 転入日の属する月の翌月の末日までに手続きが必要です</p>	<p>●<u>肝炎治療受給者証交付申請書（様式 1 号）</u></p> <p><添付書類></p> <p>●6 ページに記載する申請書類一覧のうち③、⑤（本人分のみで可）に掲げる書類</p> <p>●転入前の受給者証の写し</p>
8	<p>核酸アナログ製剤治療の更新手続きを行う場合</p>	<p>6 ページ「受給者証交付申請」をご覧ください。</p> <p>更新申請は必ず受給者証の有効期間内に行ってください（郵送手続可）</p>

お住まいの地域の申請窓口

◇ 助成制度の内容や、申請手続きについては、お住まいの地域の申請窓口にお問い合わせください。

県健康福祉事務所管内の方

お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号	お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号
芦屋市	芦屋健康福祉事務所 〒659-0065 芦屋市公光町 1-23 TEL: 0797-32-0707	たつの市 穴栗市 太子町 佐用町	龍野健康福祉事務所 〒679-4167 たつの市龍野町富永 1311-3 TEL: 0791-63-5140
伊丹市 川西市 猪名川町	伊丹健康福祉事務所 〒664-0898 伊丹市千僧 1-51 TEL: 072-785-7462	赤穂市 相生市 上郡町	赤穂健康福祉事務所 〒678-0239 赤穂市加里屋 98-2 TEL: 0791-43-2321
宝塚市 三田市	宝塚健康福祉事務所 地域保健課 〒665-0034 宝塚市小林 3-5-22 TEL: 0797-72-0054	神河町 市川町 福崎町	中播磨健康福祉事務所 〒679-2204 神崎郡福崎町西田原 235 TEL: 0790-22-1234
明石市	明石健康福祉事務所 〒673-0892 明石市本町 2-3-30 TEL: 078-917-1131	豊岡市 香美町 新温泉町	豊岡健康福祉事務所 〒668-0025 豊岡市幸町 7-11 TEL: 0796-26-3662
加古川市 稲美町 播磨町 高砂市	加古川健康福祉事務所 〒675-8566 加古川市加古川町寺家町天神木 97-1 TEL: 079-422-0003	養父市 朝来市	朝来健康福祉事務所 〒669-5202 朝来市和田山町東谷 213-96 TEL: 079-672-6867
西脇市 三木市 小野市 加西市 加東市 多可町	加東健康福祉事務所 〒673-1431 加東市社字西柿 1075-2 TEL: 0795-42-9367	丹波市 篠山市 洲本市 淡路市 南あわじ市	丹波健康福祉事務所 〒669-3309 丹波市柏原町柏原 688 TEL: 0795-73-3767 洲本健康福祉事務所 〒656-0021 洲本市塩屋 2 丁目 4-5 TEL: 0799-26-2060

神戸市内の方

姫路市・尼崎市・西宮市内の方

お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号	お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号
東灘区	東灘区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒658-8570 神戸市東灘区住吉東町 5-2-1 TEL: 078-841-4131	姫路市	姫路市保健所 〒670-8530 姫路市坂田町 3 TEL: 079-289-1635
灘区	灘区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒657-8570 神戸市灘区桜口町 4-2-1 TEL: 078-843-7001	尼崎市	尼崎市保健所疾病対策課 〒660-0052 尼崎市七松町 1-3-1-502 TEL: 06-4869-3053
中央区	中央区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒651-8570 神戸市中央区雲井通 5-1-1 TEL: 078-232-4411		中央地域保健担当 〒660-0862 尼崎市開明町 2 丁目 1-1 尼崎市役所開明庁舎内 TEL: 06-6413-5391
兵庫区	兵庫区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒652-8570 神戸市兵庫区荒田町 1-21-1 TEL: 078-511-2111		立花地域保健担当 〒661-0013 尼崎市栗山町 2 丁目 24-3 TEL: 06-6429-7001
北区	北区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒651-1114 神戸市北区鈴蘭台西町 1-25-1 TEL: 078-593-1111		小田地域保健担当 〒660-0802 尼崎市長洲中通 1 丁目 6-10 TEL: 06-6401-5515
長田区	長田区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒653-8570 神戸市長田区北町 3-4-3 TEL: 078-579-2311		大庄地域保健担当 〒660-0077 尼崎市大庄西町 3 丁目 17-11 TEL: 06-6416-0171
須磨区	須磨区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒654-8570 神戸市須磨区大黒町 4-1-1 TEL: 078-731-4341	園田地域保健担当 〒661-0984 尼崎市御園 1 丁目 23-8 TEL: 06-6492-1651	
	北須磨支所保健福祉課あんしんすこやか係 〒654-0195 神戸市須磨区中落合 2-2-5 名谷セカビル 5 階 TEL: 078-793-1313	武庫地域保健担当 〒661-0043 尼崎市武庫元町 1 丁目 33-9 TEL: 06-6433-6501	
垂水区	垂水区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒655-8570 神戸市垂水区日向 1-5-1 TEL: 078-708-5151	西宮市	西宮市保健所 〒662-0855 西宮市江上町 3-26 TEL: 0798-26-3669
西区	西区役所保健福祉部あんしんすこやか係 〒651-2195 神戸市西区玉津町小山 180-3 TEL: 078-929-0001 ※ 西神中央保健福祉センター窓口でも申請可	【兵庫県健康福祉部健康局疾病対策課がん・難病対策班】 〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1 電話: 078-341-7711 (内線 3218)	