

年 月 日

肝炎検査（定期検査）に要した費用を下記のとおり申請します。

申請者氏名： 印

フリガナ		性 別	生年月日	
申請者氏名		男 ・ 女	年 月 日	
住所	〒 ー 電話番号 ー ー			
加入 保険	被保険者 氏 名		申請者 との続柄	
	保険種別	協 ・ 組 ・ 共 ・ 国 ・ 後	記号・番号	
	保険者名			
フォローアップ事業 参加同意状況		<input type="checkbox"/> 本申請書に同意書を添付 <input type="checkbox"/> 過去の申請書(初回精密検査 ・ 定期検査)に同意書を添付済		
肝炎治療受給者証 交付の有無		無 ・ 過去に有(現在はなし) ・ 有		
振込 口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	
省略書類	・医師の診断書(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。) <input type="checkbox"/> 以前に京都府から定期検査費用の支払いを受けた場合 <input type="checkbox"/> 1年以内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出した場合			
	・世帯構成員の住民票の写し ・世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 ・市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄及び除外希望者の健康保険証等の写し <input type="checkbox"/> 以下に該当する場合において、従前に同一年度で京都府へ提出した書類と同様の内容である場合 (a) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合 (b) 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合 <input type="checkbox"/> 裏面に世帯構成員の個人番号(マイナンバー)を記載し、直近年度の地方税関係情報について取得すること及び住民基本台帳関係公簿を閲覧することに同意し自ら署名を行った場合			
		支給決定金額		円
		※この欄は府において記載します。		

- ※1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上のすべての構成員のことをいいます。
- ※2 定期検査の場合、本申請書に京都府肝疾患医療機関の領収書及び診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書並びに京都府肝疾患専門医療機関の医師が記載した診断書（別紙様式7）を添付してください。また、初回精密検査の利用をしておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する場合は、同意書を添付してください。なお、上記要件に該当する場合は、該当書類を省略することができます。
- ※3 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。
- ※4 診療明細書の内容によっては、全ての費用を助成できない場合があります。
- ※5 肝炎治療受給者証の交付を受けている場合、本助成制度の対象外となります。

世帯員（申請者が属する住民票上の全ての構成員）													
下記の者は、京都府が「京都府ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領」に基づく事務手続を処理するために限って医療保険の加入関係を確認すること、直近年度の地方税関係情報について取得すること及び住民基本台帳関係公簿を閲覧することに同意します。 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。													
申請者・世帯員 氏名（自署） ※16歳未満の場合は代筆可	申請者との 続柄	16歳未満の場合 チェック	個人番号 (マイナンバー)										
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
		<input type="checkbox"/>											
以上が、私が属する住民票上の全ての構成員であることに相違ありません。 申請者氏名_____													

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)	
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・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額の合算対象から除外することを希望します。	
申請者氏名_____	
記	
除外希望者	_____
氏 名	_____

※申請者本人及びその配偶者並びに除外を希望される方のうち、マイナンバーカードを取得していない方又はマイナンバーカードを取得しているが健康保険証として利用登録していない方については、加入している医療保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを添付してください。