

新規 | 更新 | 再治療 | 県外転入

## 肝炎治療受給者証交付申請書

(インターフェロン治療・核酸アナログ治療・インターフェロンフリー治療)

申請者 (受診者)	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		病名	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 ( )	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	住所	(〒 ) 【電話番号 ( ) - ] 1/1 時点で現住所と異なる市町村に住んでいた場合はその市町村名 ( ) (送付先が上記と異なる場合は記入)			
	医療保険	被保険者名		続柄	
		保険者名		記号・番号・枝番	
本助成制度 利 用 歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )				
肝炎治療で 利用する 保健医療機関 (病院と薬局を 最大4箇所まで 記入)	名 称		所在地 (市町村名から記載)		
			<input type="checkbox"/> 現在の受給者証に記載されているものと同じ医療機関を希望 (※更新の方のみ、こちらのチェックがあれば同じ医療機関の記載不要)		

インターフェロン治療・核酸アナログ治療(新規・更新)・インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

申請者(受診者) 氏名

(自署の場合は押印不要)

年 月 日

徳島県知事 殿

## 【申請の委任について】

本申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名等を記入すること。

申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

代理人氏名	(受診者との続柄 : )	
住所	〒	
電話番号		

以下の項目は、保健所において記入しますので、申請者は記入しないでください。

裏面も記入

世帯の市町村民税額		円	階層	甲	・	乙	
番号確認・本人確認			確認印	個人番号入力	情報照会	処理完了	特記事項
マイナンバーカード	通知カード +身分証明	住民票 (個人番号記載)	その他 ( )				

## 世帯員調査書及び個人番号（マイナンバー）提供書兼同意書

徳島県知事 殿

年 月 日

## 申請者（受診者）氏名

(自署の場合は押印不要)

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民上の同一世帯員であることに相違ありません。
- 2 私及び下記の同一世帯員は、特定個人情報（「住民基本台帳に関する情報」、「医療保険給付の支給に関する情報」及び「直近年度の市町村民税に関する情報」）を取得することについて、  
（該当する方にチェック）

同意します。 → 同意する本人それぞれが下記に署名の上、個人番号（マイナンバー）を記載してください。

同意しません。 → 個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。

「世帯全員の住民票」「医療保険の資格がわかるもの」

「世帯全員の市町村民税（非）課税証明書」の提出が必要です。

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)	申請者 との続柄	0～15 歳	市町村民税 合算除外 希望者※	個人番号（マイナンバー） 添付書類の一部省略にマイナンバーを利用する場合にのみ記載											
フリガナ	本人	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
申請者（受診者）				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	保険者名												
生年月日				年	月	日	生	記号・番号・枝番							
		<input type="checkbox"/>	保険者名												
生年月日				年	月	日	生	記号・番号・枝番							
		<input type="checkbox"/>	保険者名												
生年月日				年	月	日	生	記号・番号・枝番							
		<input type="checkbox"/>	保険者名												
生年月日				年	月	日	生	記号・番号・枝番							

※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については、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希望可能です。

## 【注意事項】

- 16歳未満の方については、同意（自署）は不要です。また、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
- 上記の同一世帯員のうち、1/1時点で現住所と異なる市町村に住んでいた者がいる場合は、該当者の「申請者・世帯員氏名（自署）」欄に1/1時点の居住市町村を記載してください。
- 特定個人情報が取得できない場合は、書類の提出をお願いすることがあります。
- 市町村民税額合算対象除外を希望する者については、個人番号（マイナンバー）の提出又は「医療保険の資格がわかるもの」の提出が必要です。