

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱
新旧対照表

改正後	改正前
<p>島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱</p> <p>第1～第13 〔略〕</p> <p>第14 医療の給付</p> <p style="padding-left: 2em;">医療の給付は、現物給付によることを原則とする。</p> <p style="padding-left: 2em;">ただし、受給者が申請時から受給者証を交付するまでの間に治療を受けたなどの事情により委託医療機関等に対し治療費を支払った場合は、別紙様式第10号による肝炎治療費償還払請求書を、所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>第15 一部負担額</p> <p>1 受給者が負担する一部負担額は、1 か月につき別表3に定める額を限度とする。</p> <p>2 知事は、前項の規定による一部負担額認定にあたり、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及び医療保険上の扶養関係にないものについては、当該世帯の市町村民税課税年額の合算対象から除外することができる。</p> <p style="padding-left: 2em;">当該除外を受けようとする申請者は、別紙様式第12号による市町村民税額合算対象除外申請書を第5に定める認定申請に添えて、所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>3 <u>〔削除〕</u></p> <p style="text-align: center;">附 則</p> <p style="padding-left: 2em;">(施行期日)</p> <p>1～26 〔略〕</p> <p>27 <u>この要綱は、令和6年3月28日から施行し、令和6年3月26日から適用する。</u></p>	<p>第1～第13 〔略〕</p> <p>第14 医療の給付</p> <p style="padding-left: 2em;">〔略〕</p> <p>第15 一部負担額</p> <p>1 ～ 2 〔略〕</p> <p>3 <u>知事は、第1項の規定による一部負担額認定にあたり、申請者を含む世帯員のうち寡婦控除等のみなし適用の申請があったものについては、市町村民税課税年額に寡婦控除等をみなし適用することができる。</u></p> <p style="padding-left: 2em;"><u>当該みなし適用を受けようとする申請者は、別紙様式第13号による誓約書およびその要件に該当することを確認することのできる書類を第5に定める認定申請に添えて、所管保健所長を経由して知事に提出するものとする。</u></p> <p style="text-align: center;">附 則</p> <p style="padding-left: 2em;">(施行期日)</p> <p>1～26 〔略〕</p> <p>27 〔新設〕</p>

別紙1～3 [略]

別紙様式第1号

(別紙様式第1号)

肝炎治療受給者証交付申請書(新規・更新)
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)
※()内は該当する治療法を○で囲んでください

制度を利用しようとする者	氏名	生年月日	年 月 日
加入の医療保険	性別	男・女	住所
	被保険者氏名	電話番号	
	保険種別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号
	被保険者証発行機関名		
病名			
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし ありの場合 受給者番号(有効期間) 年 月 日～ 年 月 日		
受給・保険医療機関	1	名称	所在地
	2		
	3		
「世帯員」の19歳未満の親族の有無	有・無		
世帯員に19歳未満の被扶養者がいる場合は記入してください	(1) 9歳未満の者の名	(扶養者)	(1) 9歳未満の者の名
	(2) 9歳未満の者の名	(扶養者)	(2) 9歳未満の者の名
市町村民税(所得割)課税年額 世帯合計	所得割 円	階層区分 甲・乙	月額自己負担限度額 円
申請者氏名 (制度を利用しようとする者との続柄) 年 月 日 島根県知事 様			

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請にあたっては、主治医とよくご相談ください。

別紙様式第2号～第9号 [略]

別紙様式第10号

表面

(別紙様式第10号)

肝炎治療費償還請求書
年 月 日

島根県知事 様

請求者(受給者) 住所 〒
氏名
電話番号 ()

肝炎治療医療助成事業の医療費を下のとおり請求します。
なお、支払金額は島根県に登録された口座へ振り込んでください。

参加者氏名	公費負担者番号	公費負担医療の受給者番号
-------	---------	--------------

請求を求る月、年 月 分

(手順)
1 本表の中を記入ください。
2 本表とともに、下記の書類を添付し最寄りの保険所へ提出してください。
①請求者(受給者)の氏名が記載された被保険者証等の写し。
②請求者(受給者)の肝炎治療受給者証の写し。
③当該月において受診した全ての保険医療機関・薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書。
④高額療養費の現物給付を受けた場合は、限額適用認定証の写し。
⑤(島根県において口座の登録を行っていない場合のみ)口座振替申出書、および登録口座の確認のできるもの(預金通帳の該当ページの写し等)。

(都道府県記入欄)

決定額	百	十	百	十	百	十	百	十	百
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

裏面

別紙1～3 [略]

別紙様式第1号

(別紙様式第1号)

肝炎治療受給者証交付申請書(新規・更新)
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)
※()内は該当する治療法を○で囲んでください

制度を利用しようとする者	氏名	生年月日	年 月 日
加入の医療保険	性別	男・女	住所
	被保険者氏名	電話番号	
	保険種別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号
	被保険者証発行機関名		
病名			
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし ありの場合 受給者番号(有効期間) 年 月 日～ 年 月 日		
受給・保険医療機関	1	名称	所在地
	2		
	3		
「世帯員」の19歳未満の親族の有無	有・無		
世帯員に19歳未満の被扶養者がいる場合は記入してください	(1) 9歳未満の者の名	(扶養者)	(1) 9歳未満の者の名
	(2) 9歳未満の者の名	(扶養者)	(2) 9歳未満の者の名
市町村民税(所得割)課税年額 世帯合計	所得割 円	階層区分 甲・乙	月額自己負担限度額 円
申請者氏名 (制度を利用しようとする者との続柄) 年 月 日 島根県知事 様			

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請にあたっては、主治医とよくご相談ください。

別紙様式第2号～第9号 [略]

別紙様式第10号

表面

(別紙様式第10号)

肝炎治療費償還請求書
(年 月分)

島根県知事 様

以下のとおり請求します。

金 円(金額は修正できません)

年 月 日

請求者 住所 〒
氏名
電話番号

※請求は受給者から見た場合(本人以外の場合は、以下の受給者の記入が必要です)

受給者氏名	受給者番号	自己負担上限額(月額)	円
氏名	自己負担上限額(月額)	円	
医療保険	種別(本人 家族) 関係(一般本人 一般家族 退職本人 退職家族)	共済(本人 家族) 船員(本人 家族) 従軍者その他()	
高額受給者証	有無	自己負担割合	1割 2割 3割 ()割
医療機関等名	区分 ①対外機関 A: 入院・外来 B: 入院・外来 C: 入院・外来 D: 入院・外来	診療・調剤費 自己負担限度額 A: 高額療養費の額 B: 自己負担限度額(月額) C: 自己負担限度額(月額) D: 自己負担限度額(月額)	請求額 A: 入院・外来 B: 入院・外来 C: 入院・外来 D: 入院・外来
「説明別紙」	入院・外来	円	円
「説明別紙」	入院・外来	円	円
「説明別紙」	入院・外来	円	円
「説明別紙」	入院・外来	円	円
「説明別紙」	入院・外来	円	円
合計		円	円

(委任状)
私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。
年 月 日
受給者(委任者) 住所
氏名

※1. 医療機関等名欄に記載された全ての医療機関等の証明書を添付してください。
2. 調剤書及び受給者証の添付をお願いします。
3. 説明別紙の場合は、受給者の写しを添付してください。
4. 高額療養費の現物給付を受けた場合は、限額適用認定証の写しを添付してください。

【裏面に記載時の注意事項等記載してあります】

裏面

[削除]

この申請書は、島根県肝炎治療医療費助成事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた方が、保険所に認定の申請をしてから受給者証の交付をうけるまでの間に支払った医療費について、島根県から医療費の償還払いを受けるためのものです。

申請者の方へ

- この申請書で請求できる医療費は、次の(1)から(4)までの条件を全て満たすものです。
 - 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並びに型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療であること。
 - 肝炎治療受給者証の有効期間内に受けた診療等であること。
 - 医療保険等が適用される医療費であり、医療機関等において肝炎治療受給者証の適用を受けずに支払った医療費であること。
 - 医療機関等に支払った1か月の医療保険等適用後の医療費自己負担額が、肝炎治療受給者証に記載されている月額自己負担限度額を超えていること。
- 1か月の診療・調剤費の合計額(A欄)が高額医療費または高額医療費の自己負担限度額を超えている場合は、高額医療費・高額医療費相当額を限いた金額を償還いたします(※)。

※70歳未満の方で高額医療費の現物給付を受けた方は、限度額適用認定証の写しを添付してください。
- 請求書の医療機関等名前に記載された全ての医療機関等の支払証明書を添付してください(文書料などの証明費用は自己負担となります)。

また、支払証明を受けた医療機関等の発行する領収書を添付してください。
- 県において口座の登録を行っていない場合は、入金口座を登録する必要がありますので、口座振替申出書に登録口座の確認のできるもの(預金通帳の該当ページの写し)を添付して請求時に併せて提出してください。

※高額医療費・高額医療費について。

【算定基準額(平成30年9月20日現在)】

○70歳未満の方の場合

○70歳以上の方の場合

所得区分	自己負担限度額	自己負担限度額	
		個人単位 (世帯別)	世帯単位 (年末+入居)
ア 標準月額額 55万円以上	252,600円+(後援費-842,000円)×1% 多額回診費:140,100円	Ⅲ 総額所得 690万円以上	252,600円+(後援費-842,000円)×1% 多額回診費:140,100円
イ 標準月額額 33万円~79万円	187,400円+(後援費-558,000円)×1% 多額回診費:93,000円	Ⅱ 総額所得 580万円以上	187,400円+(後援費-558,000円)×1% 多額回診費:93,000円
ロ 標準月額額 28万円~50万円	80,100円+(後援費-267,000円)×1% 多額回診費:44,400円	Ⅰ 総額所得 145万円以上	80,100円+(後援費-267,000円)×1% 多額回診費:44,400円
ハ 標準月額額 26万円以下	57,600円 多額回診費:44,400円	総額所得 145万円未満	18,000円 年間+額144,000円 多額回診費:44,400円
ニ 住民税非課税者	35,400円 多額回診費:24,600円	Ⅱ 住民税非課税世帯 Ⅲ 住民税非課税世帯 (世帯収入額100万円以下)	8,000円 24,600円 15,000円

*総医療費は、診療点数×10円

*詳しくは、ご加入の医療保険の保険者へお問い合わせください。

別紙様式第11号~第12号 [略]

別紙様式第13号

[削除]

別紙様式第11号~第12号 [略]

別紙様式第13号

(別紙様式第13号)

年 月 日

誓約書

島根県知事 様

住所

氏名

私は、今般行った、(肝炎治療特別促進事業による医療費助成の認定又は更新の申請について、下記の者)に、(夫)控除のみなし適用が行われることを希望するので、以下の要件に該当しなくなる事実が生じていないことを誓約します。

記

(フリガナ)

妻(夫)控除のみなし適用希望者氏名

妻(夫)控除のみなし適用の申請日の属する年度の初日の属する年の前年の12月31日(前回ののみなし適用の申請日)及び今般の妻(夫)控除のみなし適用の申請日のいずれの時点においても、過去に婚姻歴がなく、また現在婚姻状態(事実婚を含む)にない、子を有する母(父)であること

なお、誓約内容に虚偽があった場合、妻(夫)控除のみなし適用が取り消され、本誓約に基づき適用された肝炎治療特別促進事業又は重症化予防推進事業に係る自己負担限度額の減額分の全額を返還することに同意します。

添付書類

・のみなし適用を希望する者の戸籍全部事項証明書

※世帯の市町村民税(所得割)の合計額によっては、妻(夫)控除のみなし適用を実施しても、自己負担限度額が減額されない場合があります。