

大分県報

平成二十九年

号外（一〇二）

十二月一日

（金曜日）

目次

規則

大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則の一部改正……………一

規則

大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十九年十二月一日

大分県知事 広 瀬 勝 貞

大分県規則第六十三号

大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則の一部を改正する規則

大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）の一部を次のように改正する。

第四条第五項中「の裏面」を削り、「記載欄」を「記載に係る部分に限る。」に改め、同条に次の一項を加える。

6 知事は、第一項第三号又は第四号に掲げる書類については、当該書類により証明すべき事実を公簿等によつて確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

第一号様式を次のように改める。

第一号様式（第4条関係）

（表）

肝炎治療受給者証交付申請書

（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）

フリガナ				性別	男	女
氏名				職業		
生年月日	年	月	日	郵便番号		
住所				住 所		
個人番号				加入		
医療保険	1 協会けんぽ	2 組合健保	3 船員保険	4 共済組合		
	5 国保組合	6 国保一般	7 後期高齢者			
病名				申請年1/1		
本制度利用歴	1 あり 2 なし			時点の住民票		
名称	受給者番号（有効期間）			所在地		
所在地						
名称						
所在地						

下記事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

・（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・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。
・（インターフェロンフリー治療を申請の場合）公費助成を受けた〇型肝炎患者に対するインターフェロンフリー治療に係る治療経過及び結果について、医療機関から大分県に対し報告されること。

【申請の委任について】
申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。
□ 申請に際し、右記の者を代理人として委任します。（代理人：）

申請者氏名 _____
(氏名を自署する場合は、押印は省略できます。)

年 月 日 _____ 殿

※治療経過及び結果についてのデータは匿名化して個人情報保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。

(表)

申請者を除く同一世帯員（申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄

- 1 下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。
 - ・私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて同意します（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。）
 - ・同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）
- 2 ※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。
 - 自己負担限度額階層区分が最高階層（2万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

15歳以下	ふりがな 氏 名	生年月日 性 別	個人番号				申請者との続柄	申請年 1/1時点 の住民票 所在市町 村	紙による提出
			1	2	3	4			
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	男 女	<input type="checkbox"/>	

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得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り同意します。

- 申請者 _____ 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）
- 申請者との続柄（ _____ ） 氏名（自署）

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。
※15歳以下の者の同意（自署）は不要

- 第二号様式（その一）から第二号様式（その三）までの様式中「1.」を「1」「2」「2.」や「2」「2.」
- 「(2) ウイルス型 セロタイプ グループ1・グループ2 （該当する方を○で囲む。）」を

- 「(2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）
- (ア) セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1 に相当する。
- (イ) セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2」
- 第二号様式（その四）中「1.」や「1」「2.」や「2」「3.」や「3」「3.」や「4.」や「4」「4.」
- 「(2) ウイルス型 セロタイプ グループ1・グループ2 （該当する方を○で囲む。）」を

- 「(2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）
- (ア) セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1 に相当する。
- (イ) セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2」
- 第二号様式（その五）及び第二号様式（その六）中「1.」や「1」「2.」や「2」「3.」や「3」「4.」や「4」「4.」
- 「(2) ウイルス型 セロタイプ グループ1・グループ2 （該当する方を○で囲む。）」を

- 「(2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）
- (ア) セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1
- (イ) セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2
- (ウ) 上記のいずれにも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：「 _____ 」）に相当する。
- 第二号様式（その八）を次のように定める。

第2号様式(その8)

インターフェロンγ一治療(再治療)に対する意見書

照会元の記入欄

(受信先医療機関及び担当医)			
医療機関名 _____			
担当医氏名 _____			
フリガナ 患者氏名	性別	生年月日(年齢)	
	男・女	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	郵便番号	電話番号	
		(_____) (_____)	

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い(別添1. 認定基準(抜粋))

(3) インターフェロンγ一治療について
HCV-1(N/N)型慢性の型慢性肝炎又はChilid-Put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、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、原則回りの助成とする。ただし、インターフェロンγ一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γ一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る。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。

※3 上記については、再治療の場合、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の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

1-1 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

1-2 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

1-3 レイノルス性肝炎疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 本意見書を記載する医師が、「再治療を行うことが適切である」と判断する場合に限り、以下にチェックの上、返信して下さい。

この患者さんに対するインターフェロンγ一治療による再治療は、適切であると判断します。

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 _____ 印

(注) 1 意見書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

2 本意見書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が記載する必要があります。

第三号様式中
又は保険薬局
を
保健医療機関等に改める。

第三号様式の二及び第四号様式を次のように改める。

第3号様式02（その1）（第4条関係）

（表）

肝炎治療受給者証交付申請書
（核酸アナログ製剤治療（更新））

ふりがな											性別	男	女
氏名											職業		
生年月日	年	月	日	職業									
住所	郵便番号												
個人番号											申請年 1/1 時点の住民票 所在市町村		
加入医療保険	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 後期高齢者												
病名	1 あり 2 なし 受給者番号（有効期間）（年 月 日）～（年 月 日）												
本制度利用歴													
名称													
所在地													
名称													
所在地													

核酸アナログ製剤治療の効果・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。

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。
□ 申請に際し、右記の者を代理人として委任します。（代理人： ）

申請者氏名 _____
（氏名を自署する場合は、押印は省略できます。）
年 月 日
大分県知事 殿

（裏）

申請者を除く同一世帯員（申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄							
1 下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。							
2 私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて ・同意します（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。） ・同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）							
※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。							
□ 自己負担額階層区分が最高階層（2万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。							
15歳以下	ふりがな	生年月日	性別	個人番号	申請者との続柄	申請年 1/1 時点の住民票所在市町村	紙による提出
□	.....	.....	男	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	女	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	男	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	女	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	男	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	女	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	男	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	女	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	男	.....	.....	.....	□
□	.....	.....	女	.....	.....	.....	□

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得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りて同意します。

申請者 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

申請者との続柄（ ） 氏名（自署） _____

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。
※15歳以下の者の同意（自署）は不要

第3号様式の2(その2) (第4条関係)

【核種子ナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

スリがな	性別	生年月日(年齢)	住所(市町村名)
患者氏名	男・女	年 月 日 生(満 歳)	
診断年月	年 月	前医 (あれば記載 する) 医師名	医療機関名
		<更新時直近データ>	
検査所見	1 B型肝炎ウイルスカー	(検査日: 年 月 日)	3 画像診断・肝生検等の所見 (特記する検査所見があれば記載)
	(1)HBs抗原量 *測定可能な場合に記入	(測定法)	(検査日) 年 月 日
	(2)HBe抗原 HBe抗体	(+ ・ -) (該当する方を○で囲む。)	
	(3)HBV-DNA定量	(測定法)	
	(4)HBVコア関連抗原量 *測定可能な場合に記入	(測定法)	
	2 血液検査	(検査日: 年 月 日)	
	AST	IU/l()	
	ALT	IU/l()	
	血小板数	／μl()	
診断	該当番号を○で囲む。 1 B型肝炎 2 代償性肝硬変(日型肝ネオウイルスによる。) 3 非代償性肝硬変(日型肝ネオウイルスによる。)		
治療内容	該当番号を○で囲む(併用の場合は複数選択)。 1 エンタカビル 2 ラミタジン 3 テノホビル 4 テノホビル 5 その他(具体的に記載)	テラゼット錠・ヘムリチ4錠 (該当する方を○で囲む。)	
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更	1 あり 2 なし	変更日(年 月 日)
治療上の問題点	「1 あり」に○をした場合、変更前薬剤名()		
上記のとおり、B型肝炎肝疾患に対する核種子ナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	Ⓜ		

(注) 1 更新時直近データは、記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
2 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

平成二十九年十二月一日

第4号様式(第5条関係)

(表)

肝炎治療受給者証等変更届

下記のとおり変更があったので届け出ます。

※変更事項は、変更(追加)のある事項のみを記入してください。

公費負担医療の受給者番号	
受給者氏名	
個人番号	
変更事項	変更日(年 月 日より変更)
氏名	変更後
住所	郵便番号
加入医療保険	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国民組合 6 国民一般 7 後期高齢者
保険医療機関等	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国民組合 6 国民一般 7 後期高齢者
世帯の課税年額 ※世帯の課税年額が変更する場合のみ裏面に記載	
その他	
変更理由	

大分県知事	氏名	(受給者との続柄)
○添付書類	氏名の変更	…戸籍抄本
	住所の変更	…不要
	加入医療保険の変更	…被保険者証又は組合員証の写し
	保険医療機関等の変更	…不要
	世帯の課税年額の変更	…同一世帯員の市町村民税の課税年額(所得割)を証する書類又は地方税関係情報照会に係る同意書(裏面)
○準備物	肝炎治療受給者証	

(注) 1 保険医療機関等の追加又は変更の場合は、受診予定日前又は受診日から14日以内に届け出てください。
2 住所変更の場合は、必ず郵便番号を記入してください。

大分県報号外(規則)

五

(裏)

同一世帯員（受給者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄

- 1 下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。
- 2 私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて
 ・同意します（下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。）
 ・同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）

15歳以下	ふりがな 氏名	生年月日 性別	個人番号	申請者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在市町村	紙による提出
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		男 女				<input type="checkbox"/>

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得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りて同意します。

- 申請者 _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)
- 申請者との続柄 () _____ 氏名(自署)

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。
 ※15歳以下の者の同意（自署）は不要

第五号様式中

又は保険薬局
保険医療機関

を

保健医療機関等

に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
(経過措置)
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（以下「旧規則」という。）の規定に基づいて提出されている申請書その他の書類は、この規則による改正後の大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則の規定に基づいて提出された申請書その他の書類とみなす。
- 3 旧規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。