

宮城県公報

発行
宮城県
(総務部私学文書課)
宮城県仙台市青葉区
本町三丁目8番1号
電話 022(211)2267
(毎週火、金曜日発行)

目次

規則

ページ

○申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則の一部を改正する規則 (市町村課) 一

○肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則 (疾病・感染症対策室) 一

規則

申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年三月三十一日

宮城県知事 村井嘉浩

○宮城県規則第五十一号

申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則の一部を改正する規則

申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則(平成二十二年宮城県規則第六十五号)の一部を次のように改正する。

第二条の表二の項ト中⑤を⑧とし、④を⑦とし、同項ト③中「第六条」の下に「第一項及び第二項」を加え、「申請」を「申請等」に改め、同項ト③を同項ト⑥とし、同項ト中②を⑤とし、①の次に次のように加える。

(2) 規則第三条の二第一項の規定による認定の更新の申請

(3) 規則第三条の三第一項の規定による再認定の申請

(4) 規則第三条の四第一項の規定による有効期間の延長の申請

附則

この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年三月三十一日

宮城県知事 村井嘉浩

○宮城県規則第五十二号

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則(平成二十年宮城県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

第一条中「又はC型ウイルス慢性肝炎」を、「C型ウイルス慢性肝炎」に改め、「インターフェロン治療」の下に「及びB型ウイルス慢性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療」を加える。

第二条第一項中「患者のうち」を「患者であつて」に、「並びに」を「及び」に改め、同条第二項中「肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書」を「肝炎治療受給者証交付申請書」に改め、同条第三項中「肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書」を「肝炎治療受給者証交付申請書」に改め、同項第一号中「肝炎インターフェロン治療受給者証」を「肝炎治療受給者証」に改め、同項第二号から第五号までの規定中「となつて」を「の認定を受けよう」に改め、同条第四項中「肝炎インターフェロン治療受給者証」を「肝炎治療受給者証」に改める。

第三条第一項中「有効期間」の下に「(次条の規定により更新された受給者の認定の有効期間を含む)」を加え、同条第二項から第四項までを削り、同条の次に次の三条を加える。

(認定の更新)

第三条の二 受給者(核酸アナログ製剤治療に係る受給者の認定を受けた者に限る。)は、前条の規定により定められた有効期間の満了後においても継続して当該治療を行う必要があると医師が認めるときは、受給者の認定の更新を申請することができる。

2 前項の規定による申請をしようとする受給者は、当該認定の有効期間の満了する日までに、受給者証を添えて、肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)更新申請書(様式第四号)を知事に提出しなければならない。

3 第一条第三項(第一号を除く。)及び第四項の規定は、第一項の規定による申請について準用する。

(再認定)

第三条の三 受給者(インターフェロン治療に係る受給者の認定を受けた者に限る。次条第一項において同じ。)は、第三条の規定により定められた有効期間(次条の規定により延長された受給者の

認定の有効期間を含む。)が経過した後において、知事が別に定める要件に該当することとなったときは、一回に限り、受給者の認定を申請することができる。

2 第二条第二項から第四項までの規定は、前項の規定による申請について準用する。
(有効期間の延長)

第三条の四 受給者は、第三条の規定により定められた有効期間の満了後においても継続してインターフェロン治療を行う必要があるとして知事が別に定める場合には、受給者の認定の有効期間の延長を申請することができる。

2 前項の規定による申請をしようとする受給者は、当該認定の有効期間の満了する日までに、受給者証を添えて、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)(有効期間延長申請書(延長投与用)(様式第五号(その一))又は肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)(有効期間延長申請書(治療休止期間用)(様式第五号(その二)))を知事に提出しなければならない。

3 第二条第四項の規定は、第一項の規定による申請について準用する。

第五条中「第二条第四項の」を削り、「肝炎インターフェロン治療受給者証返還届(様式第五号)」を、「肝炎治療受給者証返還届(様式第六号)」に改める。

第六条第一項中「肝炎インターフェロン治療受給者証変更申請書(様式第六号)」を、「肝炎治療受給者証変更申請書(様式第七号)」に改め、同項第二号中「の写し」を削り、同条第三項中「肝炎インターフェロン治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書(様式第七号)」を、「肝炎治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書(様式第八号)」に改める。

第七条第二項中「肝炎インターフェロン治療受給者証再交付申請書(様式第八号)」を、「肝炎治療受給者証再交付申請書(様式第九号)」に改め、同条第三項中「肝炎インターフェロン治療受給者証再交付申請書」を、「肝炎治療受給者証再交付申請書」に改める。

第九条第二項中「肝炎インターフェロン治療療養費請求書(様式第九号)」を、「肝炎治療療養費請求書(様式第十号)」に改め、同条第三項中「肝炎インターフェロン治療療養費請求書」を、「肝炎治療療養費請求書」に、「肝炎インターフェロン治療療養費証明書(様式第十号)」を、「肝炎治療療養費証明書(様式第十一号)」に改める。

様式第一号を次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

肝炎治療受給者証交付申請書						年 月 日
宮城県知事		殿		(〒 -)		
				申請者住所		
				申請者氏名		
				患者との続柄(患者の)		
<p>肝炎治療に係る医療費用交付規則第2条第2項の規定により、</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">インターフェロン治療</p> <p style="margin: 0;">核酸アナログ製剤治療</p> </div> <p>に係る受給者の認定を下記のとおり申請します。</p>						
患 者	フリガナ名			性別	生年月日	職 業
	氏 名			男・女	年 月 日生 (満 才)	
住 所	(〒 -) 宮城県 市・郡		(電話 - -) 区・町・村			
		(マンション・アパート名, 室番号:)				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		患者との続柄			
	保 険 種 別		協会健保 ・ 船員 ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保(一般・退職・組合) ・ 後期高齢者			
	被保険者証の記号・番号					
	保 険 者 番 号					
	被 保 険 者 証 発 行 機 関		名 称			
		所 在 地				
本 助 成 制 度 利 用 歴		利 用 歴		1 あり 2 なし		
		受 給 者 証 番 号				
		有 効 期 間		年 月 日 ~		年 月 日
保 険 機 関 (受 診 医 療 機 関)	名 称			所 在 地		
	名 称			所 在 地		
	名 称			所 在 地		
認 定 の 有 効 期 間 (1年)の開始日		<p style="text-align: right;">認定の有効期間の開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。</p> <p style="text-align: center;">月の初日</p>				
<p>インターフェロン治療 ・ 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発行を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">宮城県知事 殿</p>						

(注) 申請書の提出に当たっては、「インターフェロン治療」又は「核酸アナログ製剤治療」のいずれかの にチェックしてください。

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職 業	市町村民税(所得割)課税年額	備 考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

(市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄)

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、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

印

記

世帯構成員除外を希望する	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	

肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進のため、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、診断書作成医療機関等に対して治療に関する報告書の提出を求めることがあります。

なお、当該報告書の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

階 層 区 分		自己負担限度額(月額)
甲	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

(注1) 保険医療機関(受診医療機関)は県と肝炎治療特別促進事業に係る委託契約を締結している保険医療機関に限ります。また、記載された保険医療機関以外では公費助成は受けられません。

(注2) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(様式第2号)
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- 5 患者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「患者等と扶養の関係にない者」という。)がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、患者等と扶養の関係にない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)

様式第11号中「肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書」を「肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規申請用）」、「1 活動性慢性肝炎」を「1 慢性肝炎」に改め、同様式を様式第11号（その1）とし、同様式の次に次の二様式を加える。

様式第2号(その2)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規申請用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生(満 歳)	
住 所	郵便番号 (〒 -)		電話番号 ()			
診 断 年 月	昭和・平成 年 月	核酸アナログ製剤 治 療 歴	時 期	年 月 ~ 年 月	肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) (医師)	
			時 期	年 月 ~ 年 月	肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) (医師)	
現在の治療	該当番号を○で囲む。 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 上記が「あり」の場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要					
			1	あり	2	なし
			1	あり	2	なし
検 査 所 見	検 査 項 目	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)		
	1 B型肝炎ウイルス マーカー	(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)		
	(1) HBs抗原	(+ ・ -)		(+ ・ -)		
	HBe抗原	(+ ・ -)		(+ ・ -)		
HBe抗体	(+ ・ -)		(+ ・ -)			
(2) HBV-DNA定量	(単位: , 測定法)		(単位: , 測定法)			
2 血液検査	(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)			
AST	IU/l (施設の基準値: ~)		IU/l (施設の基準値: ~)			
ALT	IU/l (施設の基準値: ~)		IU/l (施設の基準値: ~)			
血小板数	/μl (施設の基準値: ~)		/μl (施設の基準値: ~)			
3 画像診断及び肝生検 などの所見 (特記すべき所見が あれば記載する。)	(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)			
診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる。) 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる。)					
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1 エンテカビル単独 2 ラミブジン単独 3 アデホビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日 治療予定医療機関 ()					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 年 月 日		
医師氏名				印		

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし、「治療開始前のデータ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
 3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
 4 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。

様式第2号(その3)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(再認定用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生(満 歳)	
住 所	郵便番号 (〒 -)		電話番号 ()			
診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治 療 歴	時 期	年 月 ~ 年 月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)		
			医療機関	(医師)		
前回の治療	前回の治療内容について, にチェックを入れ, 下線部分を記入してください。 2回目の制度利用の認定には, 下記のすべての にチェックが入っていることが必要です。					
	<p>HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及び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者である。</p> <p>前回の治療において, 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の48週を行ったが, 36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった症例に該当しない。 【陰性化の時期】投与 週後</p> <p>前回の治療において, 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週投与が行われた症例に該当しない。</p>					
検 査 所 見	<p>インターフェロン治療開始前の所見を記入する。(該当する方を○で囲む。)</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー(検査: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1 _____ セロタイプ(グループ) 2 _____</p> <p>2 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p>					
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる。)</p>					
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝 がん 1 あり(治療中) 2 あり(治癒後) 3 なし</p>					
治 療 内 容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロン 製剤単独</p> <p>2 インターフェロン 製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p> <p>治療予定医療機関 ()</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地					記載年月日 年 月 日	
医師氏名					印	

(注) 1 診断書の有効期間は, 記載日から起算して3か月以内です。
 2 記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあつては, 治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3 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。

様式第三号を次のように改める。

様式第3号(第2条関係)

(表)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療)		
公費負担者番号	疾病名	
受給者番号	受診医療機関	
受給者住所・氏名	有効期間	
生年月日	年 月 日	性別
月額自己負担限度額	宮城県知事	印
この受給者証に記載されている医療機関以外では 公費助成は受けられません。		
交付年月日	年 月 日	

(裏)

保健福祉センター・保健所 仙台市青葉区保健福祉センター 仙台市宮城野区保健福祉センター 仙台市若林区保健福祉センター 仙台市太白区保健福祉センター 仙台市泉区保健福祉センター 仙南保健所疾病対策班 塩釜保健所疾病対策班 塩釜保健所若沼支所総務保健班 塩釜保健所黒川支所総務保健班 大崎保健所疾病対策班 栗原保健所疾病対策班 登米保健所疾病対策班 石巻保健所疾病対策班 気仙沼保健所疾病対策班	取扱保健福祉センター・保健所 郵便番号 住 所 電話番号	1 この証を交付された方は、B型肝炎ウイルス又は性肝炎を除去するために保険診療により核酸アナログ製剤治療を受けた場合又はB型肝炎ウイルスを治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療を受けた場合には、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。 2 本制度の対象となる医療は、治療受給者証に記載された疾病に対するインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療に限られています。 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、14日以内に取扱保健所等で、変更の手続きをしてください。 5 治療等で受給者の資格がなくなったとき、又は宮城県外へ転出したときなどは、速やかに取扱保健所等で、資格消滅の手続きをしてください。また、宮城県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、取扱保健所等で再交付の手続きをしてください。 7 上記各手続の詳細、その他肝炎治療受給に関する問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。
注 意 事 項		
問い合わせ先：宮城県保健福祉部疾病・感染症対策室 感染症対策班 TEL(022)211-2632 又は左記取扱保健福祉センター若しくは保健所		

様式第四号(その二)を削り、様式第三号の次に次の一様式を加える。

様式第4号(第3条の2関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)更新申請書

年 月 日

宮城県知事 殿

(〒 -)
 申請者住所
 申請者氏名 印
 受給者との続柄(受給者の)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条の2第2項の規定により、下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号						
	現 行 効 期 の 間	年 月 日 から			年 月 日まで		
	フリガナ名					性 別	男 ・ 女
						生年月日	年 月 日 生 (満 才)
住 所	(〒 -) (電話 - -) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名, 室番号:)						

加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			患 者 と の 続 柄	
	保 険 種 別	協会健保 ・ 船員 ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保(一般・退職・組合) ・ 後期高齢者			
	被保険者証の記号・番号				
	保 険 者 番 号				
	被 保 険 者 証 発 行 機 関	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(核酸アナログ製剤治療)の有効期間の更新を申請します。

申請者氏名 印

年 月 日

宮城県知事 殿

(注1) 様式第4号は、裏面及び肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師記載欄がセットです。

(注2) 以下の書類を添付してください。

- 1 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 2 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 3 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- 4 患者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「患者等と扶養の関係のない者」という。)がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、患者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)
- 5 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、ご注意ください。

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職 業	市町村民税（所得割） 課税年額	備 考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

（市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄）

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、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

印

記

世帯除外を希望する構成員	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	

肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進のため、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、診断書作成医療機関等に対して治療に関する報告書の提出を求めることがあります。

なお、当該報告書の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

（参考）

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

【肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】
以下の必要事項を記入の上、署名及び押印してください。

受給者 _____ (フリガナ _____) について、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると判断する。

診 断 年 月	昭和・平成 年 月	核酸アナログ製剤 治 療 歴	時 期 年 月～ 年 月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) 医療機関 (医師 _____)
			時 期 年 月～ 年 月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) 医療機関 (医師 _____)

核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する。

検 査 所 見	検 査 項 目	前回申請時のデータ	更新時直近データ
		1 B型肝炎ウイルス マーカー	(検査日: 年 月 日)
(1) HBs抗原		(+ ・ -)	(+ ・ -)
HBe抗原		(+ ・ -)	(+ ・ -)
HBe抗体		(+ ・ -)	(+ ・ -)
(2) HBV-DNA定量		_____ (単位: _____, 測定法 _____)	_____ (単位: _____, 測定法 _____)
2 血液検査		(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
AST		IU/l (施設の基準値: ~)	IU/l (施設の基準値: ~)
ALT		IU/l (施設の基準値: ~)	IU/l (施設の基準値: ~)
血小板数		/μl (施設の基準値: ~)	/μl (施設の基準値: ~)
3 画像診断及び肝生検 などの所見 (特記すべき所見が あれば記載する。)		(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)

診 断 該当番号を○で囲む。
 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。)
 2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる。)
 3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる。)

治 療 内 容 該当番号を○で囲む。
 1 エンテカビル単独
 2 ラミブジン単独
 3 アデホビル単独
 4 ラミブジン+アデホビル
 5 その他(具体的に記載してください。)

治 療 薬 剤 の 変 更 該当番号を○で囲む。
 前回申請時からの治療薬剤の変更の有無 1 あり 2 なし
 上記が「あり」の場合: 変更前薬剤名(_____), 変更日(年 月 日)

治療上の問題点

医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日

医師氏名 _____ 印

- (注) 1 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2 医師記載欄は、診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。
 3 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
 4 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
 5 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。

様式第十部を削り、様式第九部を様式第十部とす。

様式第八部中「肝炎インターンテーション治療受給者証再交付申請書」を「肝炎治療受給者証再交付申請書」と改題し、同様名称を様式第九部とす。

様式第七部中「肝炎インターンテーション治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書」を「肝炎治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書」とし、

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
A	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が65,000円未満の場合	10,000円
B	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が65,000円以上235,000円未満の場合	30,000円
C	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	50,000円

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

改題し、同様名称を様式第九部とす。

様式第六部中「肝炎インターンテーション治療受給者証変更申請書」を「肝炎治療受給者証変更申請書」と改題し、同様名称を様式第七部とす。

様式第五部中「肝炎インターンテーション治療受給者証返還届」を「肝炎治療受給者証返還届」とし、

受給者証の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで

治 療 内 容	インターンテーション治療	核酸アナログ製剤治療
受給者証の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで

同様名称を様式第六部とす。

様式第四部（ヤシ）中「様式第4号（その2）（第3条関係）」を「様式第4号（その2）（第3条の2関係）」とし、「肝炎インターンテーション治療受給者証有効期間延長申請書（治療休止期間用）」を

「肝炎治療受給者証（インターンテーション治療）有効期間延長申請書（治療休止期間用）」とし、「肝炎インターンテーション治療受給者証」を「肝炎治療受給者証（インターンテーション治療）」と改題し、同様名称を様式第五部（ヤシ）とす。

様式第四部の次の次の1様式を加える。

様式第5号(その1)(第3条の4関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書(延長投与用)

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 -)

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条の4第2項の規定により、下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号						
	現 行 有 効 期 間 の 間	年 月 日 から			年 月 日まで		
	フリガナ名 氏 名					性 別	男 ・ 女
						生年月日	年 月 日生 (満 才)
住 所	(〒 -) 宮城県 市・郡		(電話 - -) 区・町・村				
		(マンション・アパート名, 室番号:)					

インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果、副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

申請者氏名

印

年 月 日

宮城県知事

殿

- (注) 1 延長期間は、現行の有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 2 裏面の医師記載欄は診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。
 3 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、ご注意ください。

医 師 記 載 欄

以下の確認事項及び必要事項をすべて確認し、記入の上、署名及び押印してください。

受給者 _____ (フリガナ _____) について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、下記の症例に該当すると認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。(下記のいずれかの にチェックし、確認事項を記入してください。)

記

前回の治療において、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週目までに HCV-RNA が陰性化した方が再燃した者で、『今回の治療で、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められる。

- ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休業期間は除く。)

【陰性化の時期】検査日： _____年____月____日 投与_____週後

『今回の治療で投与開始12週後に HCV-RNA 量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36週目までに陰性化した症例に該当する。』と認められる。

- ・投与開始後、継続的に治療を続け、

- 1 投与12週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の1/100以下に低下

【前 値】検査日： _____年____月____日
 HCV-RNA量 _____ (単位：_____, 測定法：_____)
 【投与12週後】検査日： _____年____月____日
 HCV-RNA量 _____ (単位：_____, 測定法：_____)

- 2 投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休業期間は除く。)

【陰性化の時期】検査日： _____年____月____日 投与_____週後

【確認事項】

該当する場合、 にチェックを入れ、下線部分を記入してください。

有効期間延長の認定には、下記すべての にチェックが入っていることが必要です。

申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。

申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。

申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。

なお、現在治療開始後_____週目で継続中である。(一時休業期間は除く。)

申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。

変更後の治療予定期間(開始： _____年____月~終了： _____年____月予定)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 (使用上の注意)の重要な基本的注意 において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

記載年月日 _____年____月____日

医療機関名及び所在地 _____

医師氏名 _____

印 _____

様式第十号の次に次の様式を加える。

様式第11号（第9条関係）

肝炎治療費証明書

（ インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療 ）

受給者氏名 _____ 男・女
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
 保険種別 _____

療養費支払決定欄

（この欄は、宮城県で記載しますので、医療機関は記載しないでください。）

診療調剤 年 月	入院 通院 調剤 の別	実 日 数	治療の区分	療養の給付 (食事療養費を除く。)			入院時 食事療養費		患者負担分 計
				総 医 療 費 A = B + C	保 険 給 付 額 B	一 部 負 担 額 C	総 入 院 時 食 事 療 養 費 D	標 準 負 担 額 E	
イ 年 月 分	入院 通院 調剤	日	総 額 上記のうち 肝炎治療	円	円	a 円	円	円	円
ロ 年 月 分	入院 通院 調剤	日	総 額 上記のうち 肝炎治療	円	円	b 円	円	円	円
						a + b 円			円

肝炎治療に係る療養について、上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医療機関等名称 _____
 所在地 _____
 代表者名 _____ 印

診療調剤 年 月	療養費			支 払 額
	高額療養費	一部負担額	自己負担額	
イ	円	円	円	a 円
ロ	円	円	円	b 円
				a + b 円

（注）肝炎治療費証明書の記載にあたっては、「インターフェロン治療」又は「核酸アナログ製剤治療」のいずれかの にチェックしてください。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に、改正前の肝炎治療に係る医療費用交付規則（以下「旧規則」という。）の規定によりなされた手続、認定その他の行為でこの規則の施行の際現に効力を有するものは、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則（以下「新規則」という。）の相当の規定によりなされた手続、認定その他の行為とみなす。

3 旧規則の規定による様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、新規則の規定によるものとみなす。