

広島県ウイルス性肝炎治療費助成制度

(広島県肝炎治療特別促進事業)



概要

申請に基づき県から対象者に受給者証を交付し、対象医療費を助成しています。
原則として、窓口での支払額が軽減されます。

【対象者】次の全てを満たす方が対象です

- ① 広島県に住民票がある方。
- ② 医療保険に加入している方。
- ③ 次の治療を行う予定または行っており、広島県の認定基準に適合する方。
 - ・ 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
(C型肝炎の根治またはB型肝炎に対する治療に限ります)

【対象医療】上記【対象者】③の治療に関する、次の全てに当てはまる医療

- ① 保険適用の医療。
- ② 治療を継続するために必要な診察費、検査費、入院費、薬剤費など
(治療中止後の副作用に対する治療は対象外です)
- ③ 県指定の医療機関・薬局で受けた医療

【助成期間】

- インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療: 治療予定期間に即した期間
- 核酸アナログ製剤治療: 1年間(専門医が必要と認めた場合、更新ができます)

【自己負担額】ひと月あたりの自己負担限度額は次のとおりです

※配偶者以外で、扶養関係にない方は上記の課税年額の計算から除外できます。(裏面参照)

世帯の市町民税(所得割)額の合計※1	自己負担限度月額※2
23万5,000円以上	2万円
23万5,000円未満	1万円

※1: 原則として、住民票上の世帯全員(義務教育を終えた者)の額を合計します。

※2: ひと月あたりの自己負担額は最大で上記表の額となります。ただし助成対象外医療がある場合にはこれ以上支払うことになります。

申請手続

- 提出書類は裏面に記載しています。担当窓口へ郵送または持参してください。
- 提出様式は担当窓口等で配布しています。
- 申請内容を月に1回開催する認定協議会で協議し、認定された方には「受給者証」等を月末頃に送ります。申請から発行までに2か月程度かかる場合があります。

□ 担 当 窓 口 □

保健所等名	担当課	所在地	電話番号
広島県庁	薬務課	〒730-8511 広島市中区基町10-52	082-513-3078
西部保健所	保健課	〒738-0004 廿日市市桜尾2-2-68	0829-32-1181
西部保健所広島支所	保健課	〒730-0011 広島市中区基町10-52農林庁舎1F	082-513-5526
西部保健所呉支所	厚生保健課	〒737-0811 呉市西中央1-3-25	0823-22-5400
西部東保健所	保健課	〒739-0014 東広島市西条昭和町13-10	082-422-6911
東部保健所	保健課	〒722-0002 尾道市古浜町26-12	0848-25-2011
東部保健所福山支所	保健課	〒720-8511 福山市三吉町1-1-1	084-921-1311
北部保健所	保健課	〒728-0013 三次市十日市東4-6-1	0824-63-5186

申請に必要な書類について

担当窓口(表面下部記載)へ、次の書類を提出してください。
提出様式については、担当窓口または県のホームページにも掲載しています。

1 肝炎治療受給者証交付申請書

2 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

- 県が指定する専門医療機関※の専門医によるものがが必要です。※県ホームページに掲載しています。
- インターフェロンフリー治療の再治療は、肝疾患連携拠点病院の常勤の専門医の意見書が必要になることがあります。

3 世帯全員の記載のある住民票の写し

- 取得から概ね3か月以内のもの。コピー不可です。
- 住民票が「世帯全員」のものであることが明記されたもの。
ただし、自己負担限度額を2万円です承する場合は、申請者のみの住民票で差支えありません。
- マイナンバーが記載されているものを提出される場合は、4の書類を省略することができます。
その場合は、個人情報利用のための同意書も提出してください。

4 世帯全員の市町民税(所得割)の課税年額を証明する書類

- 申請日に取得できる最新年度のもので、世帯全員が同じ年度のもの。コピー不可です。
- 自己負担額2万円です承する場合は提出不要です。
- 義務教育期間までの者で課税のない者については提出不要です。
- 市町が発行する市町民税の決定(納税)通知書でも提出可能です。
(原本の提出または窓口での原本確認が必要です)
- 3でマイナンバーが記載されたものを提出する場合は、省略することができます。

【県ホームページ情報】

★申請方法等はこちら→

目次から、申請項目を選択してページをご確認ください。



★専門医療機関

一覧はこちら →

ページ内の「ネットワーク・専門医療機関」をクリックしてご確認ください。



課税額の合算対象からの除外について

本事業の自己負担額は、住民票に記載のある世帯全員の市町民税(所得割)の課税年額の合計額により決定します。条件を満たす世帯員については、この合計額の計算から除外できます。

除外できる世帯員の条件

申請者の配偶者でない者

かつ、申請者及び配偶者と相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者

除外する方法

提出書類1～4に加え、「市町民税合算対象除外希望申告書」と申請者本人、配偶者及び除外希望者全員の資格情報のお知らせ等のコピーを提出してください。

(マイナンバーカードを用いた保険証情報の確認を希望される場合は、対象になる方の個人番号及び同意書の提出が必要です)

また、提出書類3の住民票は、続柄も記載されたものを、提出書類4の課税年額を証明する書類は、所得控除対象者の人数と内訳も記載されたものを提出してください。

問い合わせ先

○ 県庁薬務課肝炎対策グループ ☎082-513-3078

○ 最寄りの県保健所(支所)担当窓口

電話番号等は裏面の表を参照してください。

