

(様式第1号)

# 鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書 (初回精密検査・定期検査)

鳥取県 総合事務所長 様  
鳥取市長

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

※太枠内を記入してください

年 月 日

住 所	〒 ー		
フリガナ	生年月日 年 月 日生		
氏 名	電話番号 (携帯など日中に連絡が取れるもの) ー ー		
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別 (初回精密検査助成金申請者のみ)	①～⑥のいずれか該当するものに○をしてください。 県や鳥取市(①保健所・②委託医療機関)での無料検査、③市町村健康増進事業の検診、 ④職域の肝炎ウイルス検査、⑤妊婦健診での肝炎ウイルス検査、 ⑥手術前の肝炎ウイルス検査 ※①～⑥以外は初回精密検査の対象外となります。		
加入医療保険	被保険者氏名		請求者との続柄
	保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号
	被保険者証発行機関名		
	所在地		

自己負担額 ※検査日ごとに記載してください	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
合計額 (A)		円

助成対象額
円
助成決定額
円

※自己負担額と助成決定額が異なる場合があります。

## 鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金口座振込依頼書

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱に基づく助成金を下記口座に振込んでください。

※申請者と口座名義人は同一であること。申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙様式による委任状を添付してください。

住 所	〒 ー							
フリガナ								
氏 名	印							
金融機関名	銀行				本店			
	金庫				支店・出張所			
預金種別	普通・当座	口座番号						

※上記申請書及び請求書の押印は、同一印を2カ所に押印してください (認め印可)

(様式第 1 号) 裏面

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

[添付書類]

(1) 初回精密検査

<共通>

医療機関の領収書

診療明細書 ※発行に費用がかかる場合、その費用は自己負担となります。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式第 4 号)

<a ~ dのうちいずれか>

a 県または市町村(医療機関委託も含む)が実施する肝炎ウイルス検査で陽性となった方

肝炎ウイルス検査の結果通知書

b 職域の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

肝炎ウイルス検査の結果通知書

職域検査受検証明書(様式第 6 号)

※職域の検査であることが他の書類で確認できる場合は省略できます。

c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

母子健康手帳の検査日・検査結果が分かるページの写し

※検査日等が確認できない場合はこれに加えて肝炎ウイルス検査の結果通知書が必要です。

d 手術前の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

肝炎ウイルス検査の結果通知書

肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書

(2) 定期検査

医療機関の領収書

診療明細書 ※発行に費用がかかる場合、その費用は自己負担となります。

対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票(原本)

対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の地方税法の規定による市町村民民税の課税年額を証明する書類(直近のもの)(原本)

精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書(様式第 3 号)。

ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた者(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)については省略することができる。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式第 4 号)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書(様式第 5 号)及び申請者及びその配偶者と除外希望者の保険証の写し  
※必要による。