高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱

第１　目的

国内最大級の感染症であるＢ型ウイルス性肝炎及びＣ型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の医療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

第２　実施主体

実施主体は、県とする。

第３　対象医療

助成事業の対象となる医療は、この要綱の定めるところにより認定されたＣ型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われる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Ｂ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、保険適用となっているものとする。この場合において、当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等を助成の対象とし、当該治療と関係を有しない治療は、助成の対象としない。

第４　対象者

対象者は、次に掲げる要件を満たす者とする。ただし、他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者を除く。

（１）　県内に住所を有する者

（２）　第３に定める対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者

第５　受給期間

受給期間は、原則として患者一人について１年を限度とし、治療予定期間に即した期間とする。

ただし、例外的に期間の延長が必要となるインターフェロン治療については、知事が別に定めるものとする。また、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続の必要があると認める場合、更新の申請を行うことができるものとする。

第６　受給の申請

第３の規定により医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、（１）のいずれかの書類及び（２）のいずれかの書類に（３）から（５）までに掲げる関係書類を添えて知事に申請しなければならない。

（１）　別記第１号様式から別記第１号様式の５までによる肝炎インターフェロン治療受給者証、肝炎インターフェロンフリー治療受給者証又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（以下「受給者証」という。）交付申請書

（２）　第３に定める対象医療を適切に行うことができるものとして知事が認めた医師の発行した別記第２号様式から別記第２号様式の７までによる診断書（以下「診断書」という。）

ただし、核酸アナログ製剤治療の更新申請の際は、医師の診断書に代えて、直近の認定（前回更新時の認定を含む。以下同じ。）以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を別記第１号様式の６により提出することで申請ができるものとする。

また、インターフェロンフリー治療の再治療を行う場合は、高知県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発行した別記第２号様式の８による意見書も添えなければならない。

（３）　申請者の氏名が記載された医療保険の資格情報が確認できる資料等の写し

（４）　申請者及び申請者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し

（５）　（４）の全員の地方税法（昭和 25 年法律第 226 号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し

ただし、知事が別添４に定める要件に該当し、その適用を受けようとする場合は、別記第１号様式の７による市町村民税額合算対象除外希望申立書を提出しなければならない。また、市町村民税課税年額の算定に当たって調整を希望するものは、別記第１号様式の８による世帯調書を提出しなければならない。

なお、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、申請者及び申請者と同一世帯に属するすべての者のうち、別記第１号様式の９によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書の提出により、提出書類の一部を省略することができるものとする。

第７　診断書記載医師の認定

知事は、別記第２号様式から別記第２号様式の７までによる診断書を作成する医師を認定する。

なお、手続については、別添２に定める。

第８　治療医療機関の認定

治療医療機関は、次に掲げる要件を満たす施設とする。

なお、手続については、別添２に定める。

（１）　第３に定める対象医療を適切に行うことができると認められる医療機関

（２）　高知県肝炎医療コーディネーターを治療医療機関の認定日の翌年度末までに一人以上の配置ができる医療機関

ただし、令和５年２月 28 日時点で治療医療機関の認定を受けている医療機関においては、令和 10 年３月 31 日までに高知県肝炎医療コーディネーターの配置をすることとする。

第９　受給の決定

１　知事は、第６に規定する書類（以下「申請書等」という。）を受理したときは、高知県感染症対策連携協議会肝炎対策部会の審査を経て、知事が別添１に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正にこの事業の対象者（以下「受給者」という。）とするか否かを決定する。

ただし、第６（２）に規定する診断書の提出を省略した場合の核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、申請者に診断書又は検査内容及び治療内容が分かる資料を提出させた場合を除き、協議会に意見を求めることを省略することができるものとする。

２　知事は、受給者とすることを決定したときは、申請者に対して別記第３号様式から別記第３

号様式の３による受給者証及び別記第４号様式による肝炎自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付する。

３　知事は、受給者としないことを決定したときは、別記第５号様式による肝炎治療助成事業不承認通知書（以下「不承認通知書」という。）により申請者に通知するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。

第 10　受給の始期

受給の始期は、原則として申請書等を知事が受理した日又は申請書等を受理した日の属する月以降で診断書における治療予定期間の始期の属する月の初日とする。ただし、申請書等が提出された後、やむを得ない事情のため受理までに相当の日時を要したときは、当該事情が継続した期間について始期を遡及することができるものとする。

第 11　受給期間の延長

例外的に助成期間の延長を認める場合は、次によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。

１　Ｃ型慢性肝炎セログループ１（ジェノタイプ１）型かつ高ウイルス量症例に対する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、知事が別添３に定める一定の条件を満たし、医師が 72 週投与（48 週プラス 24 週）が必要であると判断する場合は、受給者は、別記第 12 号様式による肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書を有効期間が終了するおおむね２月前までに知事に申請するものとする。

２　知事は、１の規定による申請を受けたときは、それに基づき、受給者に対して６月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。

３　副作用による休薬等、受給者に帰責性のない事由による治療休止期間があり、かつ、受給期間の延長が必要な場合には、受給者は、別記第 13 号様式により肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書を有効期間が終了するおおむね２月前までに知事に申請しなければならない。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

４　知事は、３の規定による申請を受けたときは、当該申請に基づき、受給者に対して２月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。

第 12　受給の終了

受給者等は、治癒、死亡、県外転出、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われることになったこと等により第４に規定する要件を欠いたときは、受給者証を添えて別記第６号様式による肝炎治療受給者証転帰届を速やかに知事に届け出なければならない。

なお、この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができるものとする。

第 13　届出事項の変更

１　受給者は、住所、氏名、医療機関、加入している医療保険等に変更があったときは、別記第７号様式による肝炎治療受給者証変更届に変更内容を証明する書類（医療機関の変更の場合を除く。）を添えて知事に届け出なければならない。

なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。また、この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができ

るものとする。

2　知事は、１の規定による届出を受けたときは、それに基づき受給者証を再交付する。

ただし、加入医療保険の変更については、この限りでない。

第 14　受給者証又は管理票の再交付

1　受給者は、受給者証又は管理票を著しく破損し、若しくは汚損したとき又は紛失したときは、別記第８号様式による肝炎治療受給者証・自己負担限度月額管理票再交付申請書を知事に提出しなければならない。

2　知事は、１の規定による申請を受けたときは、これに基づき受給者証及び管理票を再交付するものとする。

第 15　県外から転入した場合の申請

1　他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が高知県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとするときは、転入日の属する月の翌月末日までに（１）に掲げる書類に（２）から（４）に掲げる関係書類を添えて知事に提出しなければならない。

（１）　別記第１号様式から別記第１号様式の５までによる受給者証交付申請書

（２）　申請者及び申請者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し

（３）　転入前に交付されていた受給者証の写し

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

（４）　別記第１号様式の９によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書（ただし、マイナンバーの利用に同意しない場合は除く）

2　知事は、１に規定する申請を受理したときは、その旨を転出元の都道府県知事に情報提供するものとする。

第 16　助成する治療費の算出、請求及び支払

1　助成事業の実施は、原則として第３に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、この事業に必要な費用に相当する金額（以下「助成費」という。）を交付することにより行うものとする。

2　助成費の額は、第３に規定する範囲の医療について、（１）に掲げる額の合計額から、別表に定める対象患者が負担する額（以下「自己負担限度額」という。）を控除した額とする。ただし、（２）及び（３）に規定する額は、受給者が負担する。

（１）　医療保険各法の規定による医療又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額。

（２）　受給者が保険医療機関等に支払うべき額が、自己負担限度額に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。

（３）　高齢者の医療の確保に関する法律に規定する被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、自己負担限度額を限度とする一部負担が生じるものとする。

3　知事は、この事業に係る医療の給付に関する費用審査及び支払の請求に対する審査及び支払を高知県国民健康保険団体連合会及び高知県社会保険診療報酬支払基金に委託して行う。治療を行った医療機関は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）の規定に基づき、助成費を高知県国民健康保険団体連合会及び高知県社

会保険診療報酬支払基金に対して請求する。

4　受給者が助成費に該当する費用を医療機関等に支払ったときは、受給者の支払った費用を助成費として充当し、受給者はこの費用を別記第９号様式による肝炎治療特別促進事業医療費償還払い申請書及び別記第９号様式の２による肝炎治療特別促進事業療養証明書を提出し、知事に対して直接請求することができるものとする。知事は、その内容を審査の上、適正であると認めるときは受給者に対して直接支払うものとする。

第 17　自己負担限度月額の管理

別表に定める自己負担限度月額の管理は、次のとおり行う。

（1）　管理票の交付を受けた受給者は、肝炎治療を受ける際に、受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示しなければならない。

（2）　管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）について支払った自己負担の累積額を管理票に記載しなければならない。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載しなければならない。

なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する一人当たりの限度月額として取り扱うものとする。

（3）　受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収してはならない。

第 18　書類の経由

第６の規定により知事に提出する書類は、原則として対象患者の住所地を管轄する福祉保健所長（高知市にあっては、健康対策課）に提出するものとする。

第 19　関係者の留意事項

対象患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するとともに、特に個人が特定され得るものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮しなければならない。

附　則

1　この要綱は、平成 20 年５月１日から施行する。ただし、第 10 の規定にかかわらず、平成 20 年６月 30 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業開始の特例として同年４月１日に遡及して適応することができる。

附　則

1　この要綱は、平成 21 年４月１日から施行する。

2　この要綱の施行の際、第６の（５）ただし書にある申立書を同年６月 30 日までに知事が受理した場合に限り、特例的に、同年４月１日まで遡及して自己負担限度額の階層区分を変更することができる。

3　この要綱の施行の際、第 11 の規定による届出を同年６月 30 日までに知事が受理した場合に限り、特例的に同年３月 31 日から６月 29 日の間に到来する有効期間の満了の日の翌日に遡及して受給期間の延長をすることができる。

4　この要綱の施行の際、様式３号について、平成 21 年４月１日から「高知県健康福祉部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康づくり課」と読み替える。

附　則

１　この要綱は、平成 22 年５月 27 日から施行し、同年４月１から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、平成 22 年６月 30 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年４月１日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。

３　この要綱の施行の際、別記第３号様式については、平成 22 年４月１日から「高知県健康政策部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康対策課」と読み替える。

附　則

１　この要綱は、平成 23 年 10 月 11 日から施行し、同年９月 26 日から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、平成 23 年 12 月 28 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年９月 26 日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。

附　則

１　この要綱は、平成 24 年１月 24 日から施行し、平成 23 年 11 月 25 日（第６（５）もあっては、平成 24 年６月１日）から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、平成 24 年３月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 23 年 11 月 25 日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。

附　則

この要綱は、平成 24 年９月 10 日から施行する。

附　則

１　この要綱は、平成 26 年１月 17 日から施行し、平成 25 年 11 月 19 日から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、平成 26 年３月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 25 年 11 月 19 日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。

附　則

１　この要綱は、平成 26 年 10 月 21 日から施行し、平成 26 年９月２日から適用する。

附　則

１　この要綱は、平成 26 年 12 月 24 日から施行し、平成 26 年 12 月 15 日から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、平成 27 年３月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 26 年 12 月 15 日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。

附　則

１　この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

２　この要綱の施行の際、第 16 の 5 の規定による請求が、旧要綱の様式（肝炎治療費請求書）により提出された場合は、当分の間は改正後の様式（肝炎治療費申請書）により提出されたものとみなす。

附　則

１　この要綱は、平成 27 年 6 月 26 日から施行し、平成 27 年 5 月 20 日から適用する。

２　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、ソホスブビル及びリバビリン併用療法については、平成 28 年 3 月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例と

して平成 27 年 5 月 20 日に遡及して適用することができる。インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療については、平成 28 年 3 月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 27 年 6 月 9 日に遡及して適用することができる。

附　則

1　この要綱は、平成 27 年 9 月 11 日から施行し、同 8 月 31 日から適用する。

2　この要綱の施行の際、第 10 の規定にかかわらず、レジパスビル/ソホスブビル配合錠については、平成 28 年 3 月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 27 年 8 月 31 日に遡及して適用することができる。

3　この要綱の施行の際、第 6 の規定にかかわらず、レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療についての受給の申請が、改正前の要綱の様式（診断書）により提出された場合は、当分の間は改正後の要綱の様式により提出されたものとみなす。

附　則

1　この要綱は、平成 29 年４月３日から施行し、平成 29 年３月 24 日から適用する。

附　則

1　この要綱は、平成 29 年９月 28 日から施行する。

附　則

1　この要綱は、平成 30 年７月２日から施行する。

附　則

1　この要綱は、平成 31 年３月 29 日から施行する。

2　この要綱はの施行の際、第 10 の規定にかかわらず、ソホスブビル/ベルパタスビル配合剤については、平成 31 年８月 31 日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成 31 年２月 26 日に遡及して適用することができる。

3　この要綱の施行の際、第６の規定にかかわらず、治療についての受給の申請が、改正前の要綱の様式（診断書又は意見書）により提出された場合は、当分の間は改正後の要綱の様式により提出されたものとみなす。

附　則

1　この要綱は、令和３年１月 18 日から施行する。

附　則

1　この要綱は、令和５年３月１日から施行する。

附　則

1　この要綱は、令和８年３月 18 日から施行し、令和７年 12 月 10 日から適用する。

附　則

1　この要綱は、令和８年 11 月１日から施行する。

別添１

認　定　基　準

１　Ｂ型慢性肝疾患

（１）インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性であり、かつ、HBV-DNA 陽性のＢ型慢性活動性肝炎であって、インターフェロン治療を行う予定のある者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もの。ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のＢ型慢性活動性肝炎も対象とする。

（注）助成対象は２回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

（２）核酸アナログ製剤治療について

Ｂ型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたＢ型慢性肝疾患であって、核酸アナログ製剤治療を行う予定のある者又は核酸アナログ製剤治療実施中の者。

２　Ｃ型慢性肝疾患

（１）インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎若しくは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もの。ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による３剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の 24 週治療が行われなかったものに限る。

（注）上記において２回目の助成を受けることができるのは、次の１及び２のいずれにも該当しない場合とする。

１　これまでの治療において、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による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV-RNA が陰性化しなかった場合。

２　これまでの治療において、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 週投与が行われた場合。

３　直前の抗ウイルス治療として２の（２）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。

４　診断書記載医師及び治療医療機関については、別添２のとおり。

（２）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝疾患（Ｃ型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類ＡのＣ型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類Ｂ若しくはＣのＣ型非代償性肝硬変）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。

（注）１　上記については、Ｃ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類ＡのＣ型代償性肝硬変に対しては原則１回のみの助成とし、Child-Pugh 分類Ｂ又はＣのＣ型非代償性肝硬変に対しては１回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー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インターフェロンフリー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り、改めて助成の対象とすることができる。

なお、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療８週、再治療 12 週とする療法に限る。また、２の（１）及びペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による３剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

２　初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。

３　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県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。

４　診断書記載医師及び治療医療機関については、別添２のとおり。

別添２

１　診断書の記載医師要件

次のいずれかに該当する医師

（１）　日本肝臓学会肝臓専門医

（２）　日本消化器病学会消化器病専門医

（３）　インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師

（４）　核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師

ただし、（３）、（４）は平成 22 年３月 31 日時点で、診断書記載医師として認定している者に限る。

各治療方法における診断書の記載医師の区分については下記のとおりとする。

治療方法	区分
インターフェロン単剤治療 インターフェロン２剤併用	（１）、（２）及び（３）
核酸アナログ	（１）若しくは（２）又は（３）及び（４）のうち平成 22 年 3 月 31 日時点で、診断書記載医師として認定している者
インターフェロンフリー	（１）又は（２）のうち県が認める研修会を受講した者
インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療	（１）又は（２）のうち県が認める研修会を受講した者

なお、（１）又は（２）に該当し、新たに診断書記載医師の認定を受けようとする者は、別記第 10 号様式による肝炎診断書記載医師申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理したときは、申請医師を肝炎治療診断書記載医師とするか否かを決定する。

２　治療医療機関の要件

次のいずれかに該当する医療機関

（１）日本肝臓学会肝臓専門医が所属する医療機関

（２）日本消化器病学会消化器病専門医が所属する医療機関

（３）インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関

（４）核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関

ただし、（３）、（４）は平成 22 年３月 31 日時点で、診断書記載医師として認定している医師の所属する医療機関に限る。

各治療における医療機関の区分については下記のとおりとする。

治療	区分
インターフェロン単剤治療 インターフェロン２剤併用	（１）、（２）及び（３）

核酸アナログ	（1）、（2）及び（4）
インターフェロンフリー	（1）又は（2）のうち県が認める研修会を受講した者が所属する医療機関
インターフェロンフリー治療後のインターフェロンを含む治療	（1）又は（2）のうち県が認める研修会を受講した者が所属する医療機関

新たに治療医療機関の認定を受けようとする者は、別記第 11 号様式により肝炎治療医療機関認定申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理し、適切に治療を行うことができる医療機関と認めたときは、申請医療機関と委託契約を結ばなければならない。ただし、（3）に該当する医療機関は、別記第 11 号様式の２による認定審査資料を知事に提出し、知事は、肝疾患診療連携拠点病院の審査を経て、肝炎インターフェロン治療認定医療機関とするか否かを決定する。

また、認定を受けた医療機関は、県が認定する肝炎医療コーディネーターを配置し、患者対応の充実を図ること。

別添３

一　定　の　条　件

１　これまでの治療において、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 が陰性化したが再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が 36 週までに陰性化した症例」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

２　１に該当しないものであり、今回の治療において、「投与開始後 12 週後に HCV-RNA 量が前値（※）の 100 分の１以下に低下するが、HCV-RNA が陽性（Real　time　PCR）で、36 週までに陰性化した症例」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

（※）前値：治療開始約半年前から直前までの HCV-RNA 定量値

（参考）　平成 22 年３月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において『48 週を超えて投与した場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

別添４

市町村民税額合算対象除外希望申立書提出の要件

１　配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と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であること。

２　１の「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない」とは、次のいずれをも満たすものとする。

（１）地方税法上の扶養関係にない

：　市町村民税課税の際、受給者及び配偶者が除外対象の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の被扶養者とされていないこと。

（２）医療保険上の扶養関係にない

：　受給者及び配偶者が控除対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。

なお、国民健康保険・後期高齢者医療制度は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にない者とする（国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く。）。

３　申請者は、知事の求めに応じ、１の要件を満たすことを証明する書類を提出すること。

別表（第 16、17 関係）

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階　　層　　区　　分		自己負担限度額（月額）
J	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合	１万円
K	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合	２万円

平成 24 年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成 23 年 12 月 21 日付け健発 1221 第８号厚生労働省健康局長通知）により、次の計算シートにより算出してください。

なお、この調整を受けようとする申請者は、知事の求めにより、算定に必要な扶養対象者の年齢及び人数を把握できる書類を提出してください。

旧住民税額計算シート

扶養対象となる人数及び住民税決定通知書等に記載される住民税額を記入することにより、扶養控除廃止前の想定住民税額を算出することができます。

1　扶養対象人数を記入してください。

0～15 歳	
16～18 歳	

2　住民税決定通知書等から住民税額を記入してください。

税額		※税額控除を考慮しない制度の場合は、税額控除差し引き前の税額を記入してください。

【自動計算項目】

計算式：税額－(0～15 歳の扶養人数×330,000＋16～18 歳の扶養人数×120,000）×10%

	－(		×330,000　＋		×120,000）×10%＝	

3　基準となる控除廃止前の想定住民税額は次のとおりです。

控除廃止前 想定住民税額	