新	旧
高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱 第１～第８（略） 第９　受給の決定 １（略） 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（略） 第10～第19（略） 附　則（略） 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１～４、別表（第16、17関係）、様式第１号～様式第３号（略）	高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱 第１～第８（略） 第９　受給の決定 １（略） 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。）を交付するとともに、申請書に記載のある保険医療機関（以下「申請医療機関」という。）に対してその旨を通知する。 ３（略） 第10～第19（略） 附　則（略） 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。 （追加） 別添１～４、別表（第16、17関係）、様式第１号～様式第３号（略）

新

第１号様式（第６関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（新規）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名		性　別	男　女	
	生年月日	年　　月　　日	職　業		
	住　所	〒 （電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病名					
保険医療機関	名称		所在地		
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません				

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧

第１号様式（第６関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（新規）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名		性　別	男　女	
	生年月日	年　　月　　日	職　業		
	住　所	〒 （電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病名					
保険医療機関	名称		所在地		
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません				

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

新

第１号様式の２（第６関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（２回目以降の制度利用）

申請者（患者）	ふりがな 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	年　月　日		職　業	
	住　所	〒 （電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病名					
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）				

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　　同意します　同意しません

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　月　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧

第１号様式の２（第６関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（２回目以降の制度利用）

申請者（患者）	ふりがな 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	年　月　日		職　業	
	住　所	〒 （電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病名					
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）				

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　　同意します　同意しません

インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　月　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

新

第１号様式の３（第６関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書（新規）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名			性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日		職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　　名					

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません

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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の新規交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの)　④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧

第１号様式の３（第６関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書（新規）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名			性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日		職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　　名					

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません

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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の新規交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの)　④世帯全員の市町村民税課税証明書

新

第１号様式の４（第６関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書（更新）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名			性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日		職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　　名					
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）				
保険医療機関	名　　称		所在地		
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　　同意します　　同意しません				

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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの)　④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧

第１号様式の４（第６関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書（更新）

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名			性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日		職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　　名					
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）				
保険医療機関	名　　称		所在地		
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　　同意します　　同意しません				

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、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの)　④世帯全員の市町村民税課税証明書

新

第１号様式の５（第６関係）

肝炎インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書(新規・再治療)

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名		性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日	職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）		
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号
		保険者名		
		所在地		
病　　名				
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）			

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません

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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロンフリー治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧

第１号様式の５（第６関係）

肝炎インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書(新規・再治療)

申請者（患者）	ふりがな 氏　　名		性　別	男　女
	生年月日	年　　月　　日	職　業	
	住　　所	〒 （電話　　）		
	個人情報			
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄
		保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号
		保険者名		
		所在地		
病　　名				
本助成制度利用歴	１　あり　　２　なし 受給者証番号（　　） 有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）			

保険医療機関	名　称	所在地

情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて （いずれかに○をお願いします。）　同意します　同意しません

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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロンフリー治療受給者証の交付を申請します。

申請者（患者）　氏　名

年　　月　　日

高知県知事　様

受付印	

（注）助成を受けることができるのは、別添１の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類　①診断書　②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書

新

第１号様式の９（第６関係）

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、医療保険の資格情報及び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って同意することを申し添えます。

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者

1	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄	本人	生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
2	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
3	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
4	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
5	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					

※同意する者自らが署名を行うこと。なお、15歳以下の者の同意（自署）は不要。世帯主もしくは親権者が記入してもよい。

※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。

申請受付機関記載欄　　確認者　（　　）	
番号確認	身元確認
□マイナンバーカード □通知カード □住民票（個人番号記載）	□マイナンバーカード □顔写真付き身分証明書（１つ） 運転免許証・パスポート・その他（　　） □顔写真のない身分証明書（２つ） 資格確認書・年金手帳・その他（　　）

旧

第１号様式の９（第６関係）

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、住民基本台帳に関する情報及び医療保険の資格情報、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って同意することを申し添えます。

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者

ふりがな 氏　名（自署）	生年月日 性別	申請者との続柄	個人番号（マイナンバー）	申請年 1/1 時点の住民票所在市町村
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）

【本手続きに必要な他の書類】

以下の①から③を全てそろえて、提出してください。

① マイナンバーを確認できる書類

（以下から１種類）※コピー可（個人番号カードの場合は両面のコピー）

個人番号カード、通知カード、個人番号付きの住民票

② 窓口に来られる方の写真つき本人確認書類

（以下から１種類）

個人番号カード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳　など

（上記の写真つき本人確認書類をいずれもお持ちでない場合は、以下から２種類）

医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し、住民票の写し、国民年金手帳、納税証明書、印鑑登録証明書　等

③ 窓口に来られる方以外の医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し

【記入上の注意】

1　申請者及び申請者と同一世帯の者で、同意する者自らが署名を行うこと。

2　15歳以下の者の同意（自署）は不要。世帯主もしくは親権者が記入してよい。

新

第７号様式（第13関係）

肝炎治療受給者証変更届

年　　月　　日

高 知 県 知 事　　様

下記のとおり変更がありましたので、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第13の規定により届け出ます。

申請者住所又は申請医療機関住所	
申請者氏名又は申請医療機関名	
受給者との続柄	１　本人　　２　保護者（　　）　　３　医療機関

※医療機関から届け出るときは、受給者又は保護者にその旨をお知らせください。

受給者番号		
受給者氏名		
変更年月日	年　　月　　日から	
変更事項	変更前	変更後
1 ふりがな 氏名		
2 住所		
3 加入医療保険 記号・番号		
4 医療機関		
5 その他（　　）		

(注) １　変更事項の１から５までの該当する番号に○を付けてください。

２　４以外の変更については、変更を証明する書類を添えてください（住民票、医療保険の資格情報が確認できる書類の写し等）。

旧

第７号様式（第13関係）

肝炎治療受給者証変更届

年　　月　　日

高 知 県 知 事　　様

下記のとおり変更がありましたので、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第13の規定により届け出ます。

申請者住所又は申請医療機関住所	
申請者氏名又は申請医療機関名	
受給者との続柄	１　本人　　２　保護者（　　）　　３　医療機関

※医療機関から届け出るときは、受給者又は保護者にその旨をお知らせください。

受給者番号		
受給者氏名		個人番号
変更年月日	年　　月　　日から	
変更事項	変更前	変更後
1 ふりがな 氏名		
2 住所		
3 加入医療保険 記号・番号		
4 医療機関		
5 その他（　　）		

(注) １　変更事項の１から５までの該当する番号に○を付けてください。

２　４以外の変更については、変更を証明する書類を添えてください（住民票、医療保険の資格情報が確認できる書類の写し等）。