第3号様式の2（その１）（第4条関係）　　（表）

肝炎治療受給者証交付申請書
（核酸アナログ製剤治療（更新））

申請者	ふりがな		性別	男　女
	氏名			
	生年月日	年　月　日	職業	
	住所	郵便番号 （電話）		
	個人番号		申請年１/１時点の住民票所在市町村	
	加入医療保険	１ 協会けんぽ ２ 組合健保 ３ 船員保険 ４ 共済組合 ５ 国保組合 ６ 国保一般 ７ 後期高齢者		
病名				
本制度利用歴		１ あり　２ なし 受給者番号（　　） 有効期間（　年　月　日 ～　年　月　日）		
保険医療機関等	名称			
	所在地			
	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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

□ 申請に際し、右記の者を代理人として委任します。（代理人：　　）

申請者氏名　　㊞

（氏名を自署する場合は、押印は省略できます。）

年　月　日

大分県知事　　殿

（裏）

申請者を除く同一世帯員（申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員）記載欄

1　下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。

2　私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて
・同意します　（**下記の「同意署名欄」に同意する本人それぞれが署名をしてください。**）
・同意しません（市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。）

※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。

□　自己負担額階層区分が最高階層（２万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

	１５歳以下	ふりがな 氏　名	生年月日 性　別	個人番号	申請者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在市町村	紙による提出
同一世帯者（申請者を除く）	□		男　女				□
	□		男　女				□
	□		男　女				□
	□		男　女				□
	□		男　女				□
	□		男　女				□

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則（平成二十年大分県規則第二十四号）」に基づく事務手続を処理するために限って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します。

申請者　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

申請者との続柄（　　）　　**氏名（自署）**

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。

※１５歳以下の者の同意（自署）は不要。