

山梨県肝炎治療助成事業指定医療機関指定申請書

山梨県肝炎治療助成事業実施要綱第6条の規定による指定医療機関の指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、同要綱に規定される一切の事項を厳守します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

〒

医療機関の開設者

〒

住所

氏名

_____ 印

山梨県知事

殿

(添付書類)

保険医療機関指定通知書（薬局は保険薬局指定通知書）の写し

1 本事業における助成対象医療の適用範囲

- (1) C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎（C型代償性肝硬変を含む）に対して保険適用となっているインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療並びにB型慢性肝炎患者に対して保険適用となっている核酸アナログ製剤治療とインターフェロン治療
- (2) インターフェロン治療においては、インターフェロン以外の個別の薬剤や治療が本事業の助成対象となるかは、それがインターフェロン治療と併用することで治療効果（根治）のある薬剤・治療であり、かつ、保険適用の治療。
- (3) インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療又は核酸アナログ製剤治療の副作用に対する検査・治療が本事業の助成対象となるかは、それが助成対象治療を継続するために真に必要なもの。

※ 入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額といった食費や生活費は助成の対象としない。

2 インターフェロンによる副作用に対する助成対象治療の範囲

インターフェロン治療による軽微な副作用が発生した際、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については、受給者証の認定期間中に限り、本制度の趣旨にかんがみ助成の対象とする。したがって、インターフェロン治療を中断して行う副作用に対する治療は助成の対象としない（下表参照）。

【治療中断を防止するために併用せざるを得ない薬剤例】（対象）

発熱及びインフルエンザ様症状 → 鎮痛解熱薬など
アレルギー症状 → 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬など
皮膚症状 → 副腎皮質ステロイドホルモン(外用薬)など
精神症状（睡眠障害など） → 睡眠導入薬など
消化器症状 → 制吐薬、粘膜保護薬など

【治療を中断して行う副作用例】（非対象）

重篤なうつ症状
間質性肺炎
重篤な血小板減少
重篤な貧血（溶血性貧血）
高度の白血球減少、好中球減少
重篤な耐糖能異常
重篤な甲状腺機能異常
重篤な眼症状（眼底出血）
頭蓋内出血（脳出血など）

不明な点は管轄の保健福祉事務所（地域保健課）までお問い合わせください。

山梨県肝炎治療助成事業指定医療機関記載事項変更届

指定医療機関名	番 号	第 号
	名 称	
	所在地	
変更事項	旧	
	新	
変更年月日		
変更理由		

上記のとおり変更したのでお届けします。

年 月 日

開設者 住 所

氏 名

山梨県知事

殿

（添付書類）

- ・ 保険医療機関指定通知書（薬局は保険薬局指定通知書）の写し
- ・ 医療機関指定書の記載事項変更の場合は、医療機関指定書の原本

山梨県肝炎治療助成事業指定医療機関辞退届

年 月 日から山梨県肝炎治療助成事業指定医療機関を辞退したいので、
山梨県肝炎治療助成事業実施要綱第6条第4項の規定に基づき提出する。

辞退理由：

年 月 日

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者

住 所

氏 名

印

山梨県知事

殿

(添付書類)

医療機関指定書の原本