

感薬第 966 号の 4
令和 5 年 12 月 20 日

医療機関の長 様

新潟県福祉保健部長

肝炎通院費の交付申請について（依頼）

日頃、本県の福祉保健行政の推進に御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

このたび、本県が実施する肝炎通院費助成制度について、今年度の交付申請を受け付けることとしました。

については、本事業の円滑な実施について御協力をお願いします。

また、「肝炎通院費の助成のご案内」を送付しますので、窓口等に設置の上、対象患者へ配布くださるよう周知に御協力をお願いします。

なお、今年度申請分については、令和 5 年 1 月から令和 5 年 12 月までの通院実績を対象とします。

【担当】

感染症対策・薬務課
感染症対策係 佐藤
TEL:025-280-5200

令和5年12月20日

各医療機関
担当係長 様

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課
感染症対策係長

肝炎通院費交付申請に係る通院実績表について（依頼）

日頃、本県の福祉保健行政の推進に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、標記申請については、令和5年12月20日付け感薬第966号の4によりお知らせしたところですが、交付申請を希望する方が別記第4号様式「通院実績表」への記載を申し出た場合は、下記による取扱いに御協力くださるようお願いいたします。

記

1 対象患者について

- (1) B型、C型ウイルス性肝炎患者(B型、C型ウイルスに由来する肝硬変、肝がん患者を含む。)であること
 - (2) 新潟県内に住所を有していること
 - (3) 患者世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満であること
- ※医療機関においては、(1)に留意の上、「通院実績表」に必要事項を記載くださるようお願いいたします。

2 今回の通院費交付対象期間

令和5年1月から令和5年12月までの通院分

3 通院実績表への記載について

必要箇所への記入・押印をお願いします。
併せて、当該書類の作成に当たり、患者の自己負担が生じないよう御配慮くださるようお願いいたします。

4 その他

様式等は、県ホームページにも掲載しています。

「肝炎の通院費助成について」

URL：<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/kanyaku/1298232136691.html>

【担当】

感染症対策・薬務課
感染症対策係 佐藤
TEL:025-280-5200

肝炎通院費の助成のご案内

新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

新潟県では、肝炎の患者さんが受診する際の負担を軽減するため、通院費の助成を行っています。

下記の条件にあてはまる方は、助成を受けることができますので、申請の手続きをしてください。

1 助成制度の概要

(1) 対象者 (次の条件をすべて満たしていることが必要です。)

- ・ B型・C型ウイルス性肝炎患者（B型・C型ウイルスに由来する肝硬変、肝がん患者を含む）であること。※無症候性キャリア患者を含む
- ・ 新潟県内に住所を有していること
- ・ 市町村民税(所得割)課税年額の世帯全員の合計額が235,000円未満であること

(2) 対象期間

令和5年1月から令和5年12月まで

(3) 通院費（交通費）の計算方法について

自宅から医療機関までの片道通院距離の区分に応じて助成します。

※枠内に書かれている金額は、通院1回あたりの限度額です。

実際にかかった費用がこれより低い場合は、その金額を支払います。

①通院距離が片道 10 kmまでの場合	200 円×通院回数/月(上限8回/月)
②通院距離が片道 10 km超 30 kmまでの場合	400 円×通院回数/月(上限4回/月)
③通院距離が片道 30 km超 50 kmまでの場合	700 円×通院回数/月(上限4回/月)
④通院距離が片道 50km 超 70km までの場合	1,300 円×通院回数/月(上限4回/月)
⑤通院距離が片道 70km 超 90km までの場合	1,900 円×通院回数/月(上限4回/月)
⑥通院距離が片道 90km 超の場合	2,300 円×通院回数/月(上限4回/月)

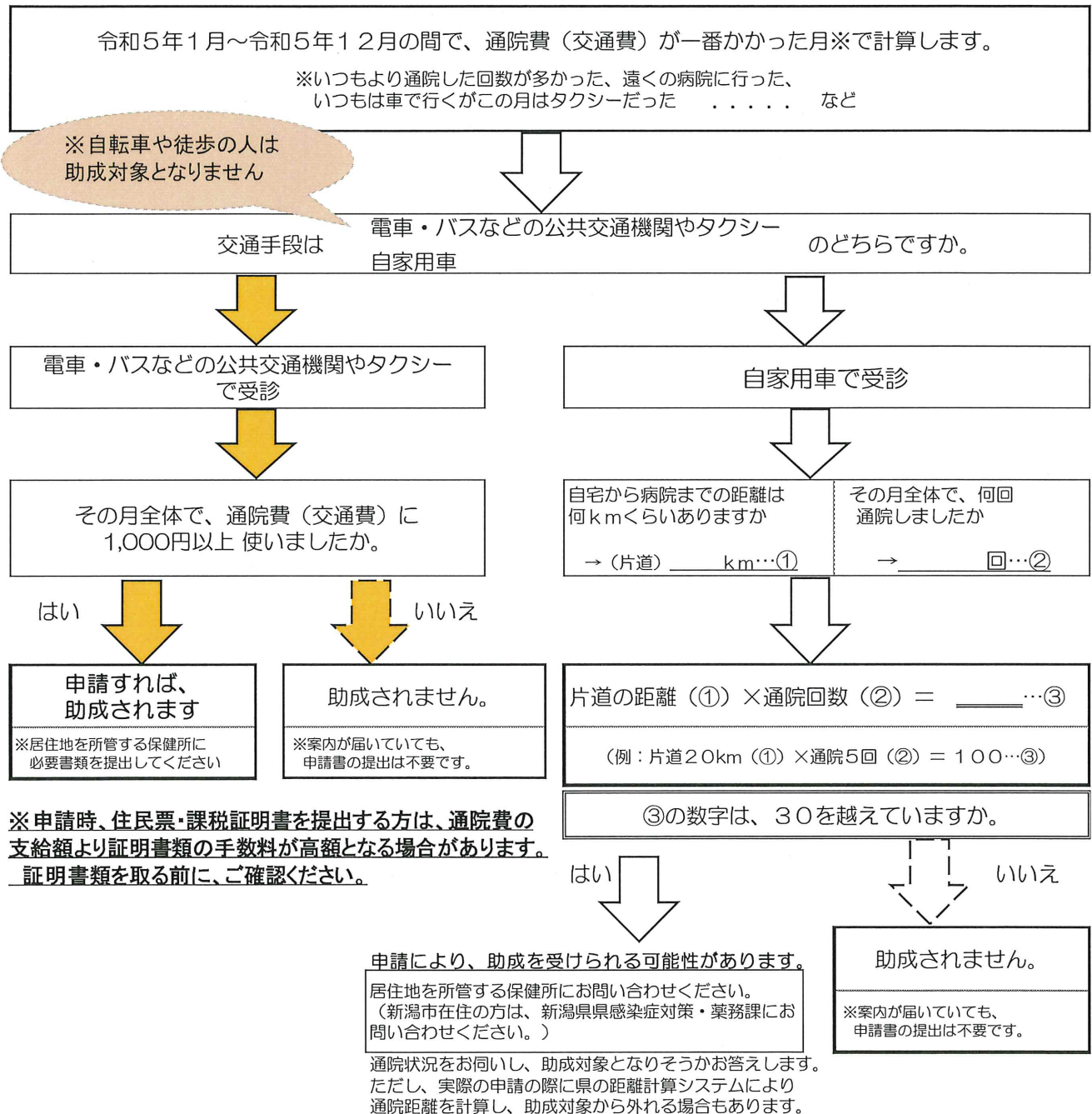
※利用する交通手段に基づき計算した額が、1,000 円に満たない月については、通院費は助成されません。

詳しくは次ページの表で確認してください。

2 助成までの流れ

(1) 助成を受けられる対象となるかを確認してください

- 電車やバスなどの公共交通機関やタクシー、自家用車で通院された方が対象です。
自転車や徒歩の場合は助成対象になりません。
- 対象期間中の月ごとの通院費を計算します。その月の、利用する交通手段に基づき計算した額（想定支出額）が1,000円を超えない場合は、通院費の交付がありません。
- 対象となる月があるかを確認し、次ページ（2）の「申請手続き」にお進みください。



(2) 申請手続き

申請窓口

居住地を所管する保健所に郵送又は持参してください。
保健所の申請窓口・問い合わせ先は、4ページをご覧ください。

申請書類

	提出書類	書類の説明
下 記 ※ 1 参 照	① 交付申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・最寄りの保健所にあります。 ・県ホームページにも掲載しています。
	② 通院実績表（医療機関の証明を受けてください）	
	③ 世帯全員の住民票の写し（コピー不可） ※続柄の記載が必要です。	市町村役場等で発行 （直近のもの） ※マイナンバーを利用して、 お近くのコンビニで取得す ることもできます。 ※手数料は、窓口で確認して ください。
	④ 世帯全員の市町村民税課税年額を証明する書類 課税証明書（コピー不可）や市町村が発行する 市町村民税の決定通知書の写しなど	
	⑤ （必要に応じ） <u>申請者及び配偶者と除外対象者の被保険者証の写し</u> <u>申請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者は市町</u> <u>村民税(所得割)課税年額の合算対象から除外できますので、その確認に必要となります。</u>	

- ※1 対象期間中もしくは申請日現在、有効期限内の新潟県肝炎治療促進事業の受給者証をお持ちの方は、受給者証申請時に確認済みのため、③～⑤の書類の提出は不要です。
- ※2 対象患者以外の方が通院費の交付を申請する場合は、委任状の提出が必要です。（委任状の様式は、県ホームページに掲載しているほか、保健所にもあります。）
- ※3 申請窓口持参の場合は、印鑑もお持ちください。（申請者が自署する場合は不要です。）
- ※4 次年度以降、案内が不要という方は、居住地を所管する保健所又は新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課感染症対策係にご連絡ください。

申請期限

令和6年2月22日(木)までに、居住地を所管する保健所へ提出してください。

(3) 認定・不認定の決定

- ・認定となった場合は、4月～5月頃に指定口座へお振り込みいたします。
（支給額や振込日等についての連絡はいたしません。）
- ・預金通帳に印字される振込人名は「ニハク 外ノ カセツヨクイキ・ヤ幼」となります。
- ・不認定となった場合は、不認定通知を送付します。（4月～5月頃）

3 申請窓口・問い合わせ先

申請窓口・問い合わせ先	郵便番号	所在地	電話番号	所管地域
村上保健所地域保健課	958-0864	村上市肴町 10-15	0254-53-8368	村上市、関川村、 栗島浦村
新発田保健所医薬予防課	957-8511	新発田市豊町 3-3-2	0254-26-9651	新発田市、阿賀野 市、胎内市、聖籠町
新津保健所地域保健課	956-0032	新潟市秋葉区南町 9-33	0250-22-5174	五泉市、阿賀町
三条保健所医薬予防課	955-0046	三条市興野 1-13-45	0256-36-2362	三条市、燕市、弥彦 村、加茂市、田上町
長岡保健所医薬予防課	940-0857	長岡市沖田 3-2711-1	0258-33-4932	長岡市、小千谷市、 見附市、出雲崎町
魚沼保健所地域保健課	946-0004	魚沼市大塚新田 116-3	025-792-8612	魚沼市
南魚沼保健所医薬予防課	949-6680	南魚沼市六日町 620-2	025-772-8142	南魚沼市、湯沢町
十日町保健所地域保健課	948-0055	十日町市高山 857	025-757-2401	十日町市、津南町
柏崎保健所地域保健課	945-0053	柏崎市鏡町 11-9	0257-22-4112	柏崎市、刈羽村
上越保健所医薬予防課	943-0807	上越市春日山町 3-8-34	025-524-6134	上越市、妙高市
糸魚川保健所地域保健課	941-0052	糸魚川市南押上 1-15-1	025-553-1933	糸魚川市
佐渡保健所地域保健課	952-1555	佐渡市相川二町目浜町 20-1	0259-74-3403	佐渡市
新潟市保健所保健管理課 (※または、各区役所でも お受けします。)	950-0914	新潟市中央区紫竹山 3-3-11	025-212-8123	新潟市

※通院費助成制度に関するお問い合わせは、県庁の感染症対策・薬務課でもお受けしています。

【問い合わせ先】

新潟県福祉保健部 感染症対策・薬務課
感染症対策係 (電話 025-280-5200)

通 院 実 績 表

医療機関住所

医療機関名

印

下記の者は、B型、C型ウイルス性肝炎（B型、C型ウイルスに由来する肝硬変、肝がんを含む）の治療のため当医療機関へ通院したことに相違ありません。

ふりがな 患者氏名					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
住 所					
疾患名	※ 該当する疾患にチェック願います <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎由来の肝硬変 <input type="checkbox"/> C型肝炎由来の肝硬変 <input type="checkbox"/> B型肝炎由来の肝がん <input type="checkbox"/> C型肝炎由来の肝がん				
令和5年 通院実績 当該月の通院回数を記入してください。					
1月	2月	3月	4月	5月	6月
回	回	回	回	回	回
7月	8月	9月	10月	11月	12月
回	回	回	回	回	回

※ 申請者は、太枠内を記載し、医療機関に提出してください。

※ 複数の医療機関に受診している場合は、各医療機関ごとに提出してください。