

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規・更新）交付申請書

年 月 日

広島県知事様

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付を申請します。

申請者 (医療の給付を受けようとする者)	ふりがな			性別	男・女	
	氏名			※記載は任意です。未記載とすることも可能です。		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生	(満)	) 歳	
	住所	〒				
い ず れ か に ☑ の こ と	<input type="checkbox"/> 個人番号 ※右記、同意内容を確認し、○してください。	私は、広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に基づく事務手続を処理するために限って、保険給付の支給に関する情報を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。				
	<input type="checkbox"/> 資格確認書等	別添、資格確認証等の写しのとおり				
疾病名 (該当箇所を☑)	B型肝炎ウイルスによる ( <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変) ) C型肝炎ウイルスによる ( <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変) )					
本助成制度利用歴	有・無	有に該当 する場合	受給者番号	9		
			有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を					
	1. 受けている 受給者番号 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※交付を受けている場合、申請月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。					
2. 受けていない						
以下に該当する場合は、住民票の提出を省略できます。 該当する場合は、☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 3か月以内に取得した住民票を、肝炎治療受給者証交付申請のために提出した。 <input type="checkbox"/> 3か月以内に取得した住民票を、(定期検査)支給申請のために提出した。						

※ 参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、広島県知事に、様式第3号「変更届出書」に必要書類を添えて提出すること。

【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、右記の者を代理として委任します。(代理人： )

申請者氏名 印  
(氏名を自署する場合は、押印は省略できます)