



肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書				
申 請 者	ふりがな			職 業
	氏 名			性 別 男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所	郵便番号 (電話 )		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			申 請 者 と の 続 柄
	保 険 種 別	協会(政管)・組合・船員 共済・国保・後期		被保険者証の 記号・番号
	被保険者証 発行機関名			
	所 在 地			
病 名				
本助成制度 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 ・ 保 険 薬 局	名 称			
	所在地			
	名 称			
	所在地			
	名 称			
	所在地			
(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄) 下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税の合算対象から除外することを希望します。 記 除外希望者氏名（フリガナ）： 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、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 和歌山県知事 様				

- 注意 1 県外からの転入による申請の場合は、交付を受けていた受給者証の写しを提出してください。
- 注意 2 申請される際、次の書類を添付してください。  
①医師の診断書 ②あなたの氏名が記載された被保険者証等の写し  
③あなたの属する世帯の全員について記載のある住民票の写し ④原則として世帯全員の市町村民税課税年額を証明する書類
- 注意 3 市町村民税額合算対象除外希望者がいる場合、次の点に注意してください。  
①添付する住民票の写しは申請者及びその配偶者と除外希望者との続柄がわかるものにしてください。  
②申請者の配偶者及び除外希望者の健康保険証の写しを追加で提出してください。