

## 別記第1号様式

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

申請者（医療の給付を受けようとする者）	ふりがな											
	氏名											
	生年月日	年 月 日（才）										
	住所	〒 電話（ ） —										
	個人番号 （マイナンバー）											
	加入 医療保険	被保険者氏名			申請者との続柄（ ）							
保険種別			協・組・共・国保・後									
記号・番号												
保険者名												
病名												
申請種別		新規					転入（京都府への転入日 ）					
本助成制度利用歴		1 有り 2 無し 公費負担者番号（ ）・受給者番号（ ） 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。 2. 受けていない。 交付を受けている場合は、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。										
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（新規・更新）交付を申請します。 また、京都府が、本事業の参加資格を確認するため、私の直近の地方税関係情報の取得、公簿（住民票）の閲覧及び医療保険の加入状況の確認を行うことに同意します。												
京都府知事 様												
年 月 日												
申請者氏名 ※代理人に申請を委任する場合は代理人の氏名を記載（申請者との続柄： ）												
電話（ ） —												
※ 承認された場合、申請者あてに参加者証を送付させていただきます。 申請者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。												
送付先住所		〒										
あて先氏名		電話										

## ※ 注意（必ずお読みください）

- 1 申請書は、必要書類一式を添付して速やかに保健所等に提出してください。
- 2 参加者証の有効期間は原則として申請書類が受理された月の初日からとなります。
- 3 事業の対象となる医療は、肝がん・重度肝硬変入院医療、肝がん外来医療とそれらに関連する医療に限られます。

## 〈同意について〉

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業は、患者の医療費の負担軽減を図りつつ、肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築する制度です。

様式第2号の同意書に同意された上で、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付申請を行ってください。

なお、当該結果の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。