

## 肝炎治療特別促進事業(肝炎インターフェロン治療費助成)とは

ウイルス性肝炎は早期に発見し、治療に結びつけることで、肝がんや肝硬変への進行を予防する事や進行を遅らせることができます。

2008年4月からインターフェロン治療に対して都道府県による医療費助成制度が開始、2010年4月に制度改正が行われました。

### 対象となる方

1. 福岡県内に住所(住民票)を有する方
2. 医療保険各法(後期高齢者医療を含む)の被保険者又は被扶養者

### 対象となる医療

1. B型及びC型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロン治療を受ける予定の方または治療中の方
2. B型肝炎に対する核酸アナログ製剤による治療を受ける予定の方、治療中の方

### 対象となる医療費

- 診療費、薬剤費、検査費、入院費など  
※個人負担の上限が原則1万円(上位所得階層は2万円)に軽減されました。

### 医療費を助成する期間

原則として下記の日付より1年間

- 申請日の属する月の初日

### 患者の自己負担限度額、公費助成額

- 自己負担限度額(月額)

階層区分	患者の自己負担限度額
A 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が23万5千円未満の場合	10,000円
B 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が23万5千円以上の場合	20,000円

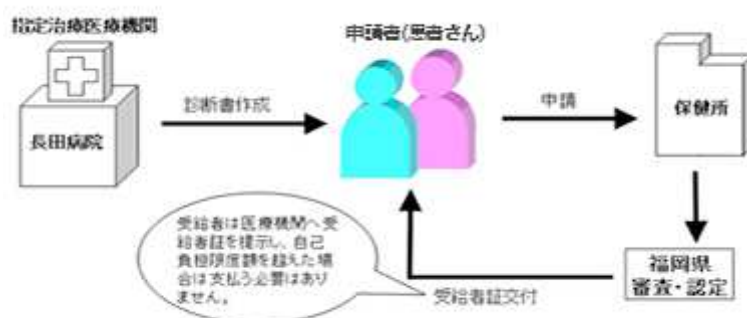
## 申請に必要な書類

下記の書類を最寄りの保健所へ提出

1. 肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書(申請者が記入)
2. 規定の診断書(主治医が記入)
3. 世帯調書
4. 医療(健康)保険証の写し
5. 受給対象者の世帯全員の住民票(外国人の場合は、外国人登録証明書)
6. 世帯全員の市町村民税課税額証明書

※ただし税制上・医療保険上の扶養関係にないと認められる者については、当該「世帯」の市町村民税額の合算対象から除外できる。

## 申請～認定までの流れ



- ※必要提出書類は当院に用意しております。

