



福島県医発第 0899 号 (地)
平成 27 年 6 月 23 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、今般、標記要領を改正する旨、別添のとおり福岡県保健医療介護部健康増進課より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、変更については平成 27 年 6 月 19 日からの実施となりますが、特例的な取扱いとして、新たに対象医療とした C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変 (child-pugh 分類 A に限る) に対するソホスブビル及びリバビリン併用療法は、平成 27 年 7 月 31 日までに申請した者については、申請内容に基づき下記の保険適用日まで遡及する取扱いとされております。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、貴会会員へ周知くださいますようお願い申し上げます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 27 年 5 月 20 日	ソホスブビル・ リバビリン併用 療法	ソバルディ、 リバビリン	セログループ 2 の C 型慢性肝炎 及び C 型代償性 肝硬変 (child- pugh 分類 A に限 る)

「公印省略」

27 健第 1376 号

平成 27 年 6 月 19 日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」の
一部改正について (通知)

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このことについて、標記要領を別添のとおり一部改正しましたので、お知らせします。

なお、変更については平成 27 年 6 月 19 日からの実施となりますが、特例的な取扱いとして、新たに対象医療とした C 型慢性肝炎又は C 型代償性肝硬変 (child-pugh 分類 A に限る) に対するソホスブビル及びリバビリン併用療法は、平成 27 年 7 月 31 日までに申請した者については、申請内容に基づき下記の保険適用日まで遡及する取扱いとしますので申し添えます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 27 年 5 月 20 日	ソホスブビル・リバビリン併用療法	ソバルディ、 リバビリン	セログループ 2 の C 型慢性肝炎及び C 型代償性肝硬変 (child-pugh 分類 A に限る)

各医師会通知



福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領の一部を改正する要領

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領(平成20年4月施行)の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附 則

この要綱は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条～第19条 略) 附 則 この要領は、平成20年4月 1 日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成22年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。 附 則 この要領は、平成25年4月1日から施行する。	福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条～第19条 略) 附 則 この要領は、平成20年4月 1 日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成22年4月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。 附 則 この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

(別紙 1)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

(別紙 1)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RN陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース
- ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RN陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。また、2. (3)に係る治療歴のないものとする。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース
- ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。ただし、2 (3)に係る治療歴のないものとする。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、1回のみの助成とする。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、1回のみの助成とする。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(別紙 2 略)

(別紙 2 略)

(様式第1号～様式第3号 略)

(様式第1号～様式第3号 略)

(様式第4号)

様式第4号 (要編第10条関係)

B型・C型
肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

患者氏名	性別	生年月日(年齢)
住所	男・女	年 月 日生(歳 歳)
電話番号		
診断年月	昭和・平成 年 月	医師 (あれば記 載する) 氏名
過去の治療 【必要】	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 ☐ 2剤併用療法(インタフェロンαと、リバビリンまたはプロペナゼ(商品名)の併用療法) ☐ 3剤併用療法(インタフェロンα、リバビリン、およびプロペナゼ(商品名)の併用療法) ☐ 2剤併用療法を併用したことがあるが、十分な24週効果が得られなかった。 ☐ 具体的な経過・理由 ☐ インタフェロンα単一治療 ☐ インタフェロンα、リバビリン併用療法(患者名) ☐ 点滴の抗ウイルス薬による治療(インターフェロンα、リバビリン併用療法)	
検査結果 【必要】	最新のインターフェロン治療開始直後の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルス抗原 (1) HBs抗原(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBe抗原(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) HBe抗体(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位:) 2. C型肝炎ウイルス抗原 (1) HCV-RNA定量 (検査日:平成 年 月 日) (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む) genotype 1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日) AST $\frac{\text{IU}}{\text{L}}$ ALT $\frac{\text{IU}}{\text{L}}$ 血小板数 $\times 10^3 / \mu\text{L}$ 4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日:平成 年 月 日)	
肝臓 【必要】	肝臓病態を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)	
合併症 【必要】	1. なし 2. あり	
肝がんの合併 【必要】	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容 【必要】	1. 該当する□にチェック(○)を記入する ☐ 初回治療 ☐ 再治療 2. 薬剤番号を○で囲む 1. インタフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インタフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. パダインターフェロン製剤 (1回投与量 単位) 4. リバビリン製剤 (1回投与量 mg) 5. その他(具体的に記載してください) ※申請者体重 kg 治療予定期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
医師の署名		
医師の印		
医師の氏名	印	

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前5か月以内(但し、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(様式第4号)

様式第4号 (要編第10条関係)

B型・C型
肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

患者氏名	性別	生年月日(年齢)
住所	男・女	年 月 日生(歳 歳)
電話番号		
診断年月	昭和・平成 年 月	医師 (あれば記 載する) 氏名
過去の治療 【必要】	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 ☐ 2剤併用療法(インタフェロンαと、リバビリンまたはプロペナゼ(商品名)の併用療法) ☐ 3剤併用療法(インタフェロンα、リバビリン、およびプロペナゼ(商品名)の併用療法) ☐ 2剤併用療法を併用したことがあるが、十分な24週効果が得られなかった。 ☐ 具体的な経過・理由 ☐ インタフェロンα単一治療 ☐ インタフェロンα、リバビリン併用療法(患者名) ☐ 点滴の抗ウイルス薬による治療(インターフェロンα、リバビリン併用療法)	
検査結果 【必要】	最新のインターフェロン治療開始直後の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルス抗原 (1) HBs抗原(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBe抗原(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) HBe抗体(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位:) 2. C型肝炎ウイルス抗原 (1) HCV-RNA定量 (検査日:平成 年 月 日) (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む) genotype 1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日) AST $\frac{\text{IU}}{\text{L}}$ ALT $\frac{\text{IU}}{\text{L}}$ 血小板数 $\times 10^3 / \mu\text{L}$ 4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日:平成 年 月 日)	
肝臓 【必要】	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)	
合併症 【必要】	1. なし 2. あり	
肝がんの合併 【必要】	肝がん 1. あり 2. なし	
治療内容 【必要】	1. 該当する□にチェック(○)を記入する ☐ 初回治療 ☐ 再治療 2. 薬剤番号を○で囲む 1. インタフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インタフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. パダインターフェロン製剤 (1回投与量 単位) 4. リバビリン製剤 (1回投与量 mg) 5. その他(具体的に記載してください) ※申請者体重 kg 治療予定期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	
医師の署名		
医師の印		
医師の氏名	印	

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前5か月以内(但し、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(様式第5号 表 略)

(様式第5号 表 略)

(様式第6号)

轉公債、國庫券、股票等。

C. 10

作家・映画監督の両面（バグ・イン・サーフ・ジョン・リッパ）に選出された。その結果、映画界に最も影響を

[illegible]

1. 組織書の複製頒給は、記載日以後1週間、又は3か月以内とする。
2. 記載日以後3か月以内の間に、当該組織書中の事項は全部開示請求の要件に該当して記載してはならない。
3. 本人請求以外の場合は記載日以後12か月以内とする。ただし、第2項を適用し。
4. 本条請求は当該組織書が産業関連の事項とする。

(様式第6号)

轉正第2年：獲國庫10金銀錢。

2

「**「ダイナミック・ロシヤ」の経済成長**」の著者、中野重光氏にインタビュー

[illegible]

1. 解題者の有効解題法、解題法は、記述式で、200字以内とする。
2. 解題法は、解題法に用いた材料、試験問題本文中の材料とは無関係に試験の資料に基づいて記述してください。
3. 解題法は、その解題法に用いた材料に基づいて記述してください。
4. 本試験は、試験問題の解題法に用いた材料に基づいて記述してください。

(様式第6号の4)

様式第6号の4(医療用)C(申請用)

C 型

評定書提出義務施設(インターフェロソフリー治療)の交付申請に係る申請書

フリガナ 患者氏名	氏名		生年月日(西暦)	
	姓	名	年	月 日 時 分 秒 分
住所	郵便番号			
	〒			
診療科目	内科/小児科 年 月	科 年 月	診療機関名 医師名	
過去の治療歴 【記録】	既往する疾患にチェックする。 ☐ インターフェロソフリー治療あり。 ☐ インターフェロソフリー治療なし(これまでの治療内容(検査項目を○で囲む)) ア、ペグインターフェロソフリー治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) イ、ペグインターフェロソフリー治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) ウ、上記以外の治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) (具体的に記載)			
検査結果 【記録】	検査結果を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV RNA定量 (単位:) (2) ウイルス型 (サブタイプ) 1a, 1b, 2a, 2b, その他 (該当する方を○で囲む) 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) ALT _____ U/L AST _____ U/L 血中薬 _____ ng/mL 3. 画像診断法(肝臓病などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (検査) 4. (肝臓病後の検査)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)			
診断 【記録】	既往病名を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 或Child-Pugh分類Aに属する。			
肝がんの有無 【記録】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【記録】	インターフェロソフリー治療 (薬剤名:) 治療期間(開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日)			
診療責任者 医師について 【記録】	(以下のいずれかの条件にチェックがない場合は診療責任者とはなりません。) (1) 日本肝臓学会肝臓病専門医である。 (2) 日本肝臓学会肝臓病専門医と連携して治療を実施することが可能な医師である。(連携している肝臓病専門医機関名:)			
治療上の留意点				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日			
医師氏名	印			

- 【注】
 1. 診療書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日から3か月以内(注1)に、治療中の場合は治療開始日の翌日に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

様式第6号の4)

様式第6号の4(医療用)C(申請用)

C 型

評定書提出義務施設(インターフェロソフリー治療)の交付申請に係る申請書

フリガナ 患者氏名	氏名		生年月日(西暦)	
	姓	名	年	月 日 時 分 秒 分
住所	郵便番号			
	〒			
診療科目	内科/小児科 年 月	科 年 月	診療機関名 医師名	
過去の治療歴 【記録】	既往する疾患にチェックする。 ☐ インターフェロソフリー治療あり。 ☐ インターフェロソフリー治療なし(これまでの治療内容(検査項目を○で囲む)) ア、ペグインターフェロソフリー治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) イ、ペグインターフェロソフリー治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) ウ、上記以外の治療(年 月 日) 開始(年 月 日) 終了(年 月 日) (具体的に記載)			
血液検査結果 【記録】	(1) ALT _____ U/L (2) AST _____ U/L (3) 血中薬 _____ ng/mL			
診断 【記録】	既往病名を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 或Child-Pugh分類Aに属する。			
肝がんの有無 【記録】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【記録】	インターフェロソフリー治療 (薬剤名:) 治療期間(開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日)			
診療責任者 医師について 【記録】	(以下のいずれかの条件にチェックがない場合は診療責任者とはなりません。) (1) 日本肝臓学会肝臓病専門医である。 (2) 日本肝臓学会肝臓病専門医と連携して治療を実施することが可能な医師である。(連携している肝臓病専門医機関名:)			
治療上の留意点				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日			
医師氏名	印			

- 【注】
 1. 診療書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日から3か月以内(注1)に、治療中の場合は治療開始日の翌日に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(様式第7号～様式第15号 略)

(様式第7号～様式第15号 略)

(様式第16号 表)

[illegible][illegible]

(様式第16号 表)

[illegible][illegible]

[illegible]

(様式第16号 裏)

[illegible]

(様式第16号の2 表)

[illegible][illegible]

(様式第16号の2 表)

1. 姓名: 田中 太郎 2. 性別: 男 3. 年齢: 25 4. 職業: 会社員 5. 学歴: 大学卒業 6. 婚姻状況: 未婚 7. 家族構成: 父、母、妹 8. 趣味: 読書、音楽 9. 得意科目: 数学 10. 苦手科目: 英語 11. 将来の夢: 経営者になる 12. 自己紹介: 私は、誠実で努力家です。将来は、自分の力で社会に貢献したいと考えています。		1. 性別: 男 2. 年齢: 25 3. 職業: 会社員 4. 学歴: 大学卒業 5. 婚姻状況: 未婚 6. 家族構成: 父、母、妹 7. 趣味: 読書、音楽 8. 得意科目: 数学 9. 苦手科目: 英語 10. 将来の夢: 経営者になる 11. 自己紹介: 私は、誠実で努力家です。将来は、自分の力で社会に貢献したいと考えています。
--	--	---

新嘉坡華人入籍 凡欲入籍者須填此表，並須將下列各款之證明文件，連同此表，一併呈交新嘉坡華人入籍委員會。												
申請人姓名 英文姓名 中文姓名	籍貫 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		出生地 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		現居地 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		職業 商人 公務員 教師 醫生 律師 工程師 農夫 工人 其他		婚姻狀況 未婚 已婚 離婚 寡居		其他事項 有犯罪紀錄 有精神疾病 有不良嗜好 其他	
	父母姓名 英文姓名 中文姓名		父母籍貫 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		父母出生地 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		父母現居地 廣東 廣西 福建 浙江 江蘇 安徽 湖北 湖南 四川 雲南 貴州 陝西 甘肅 山西 山東 河南 河北 遼寧 吉林 黑龍江 奉天 熱河 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠 察哈爾 綏遠		父母職業 商人 公務員 教師 醫生 律師 工程師 農夫 工人 其他		父母婚姻狀況 未婚 已婚 離婚 寡居	

(様式第16号の2 裏)

① 個人情報

氏名: 山田 太郎 性別: 男 生年: 1985年 生月: 03月 生日: 15日

住所: 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1

電話番号: 03-1234-5678

メールアドレス: t.yamada@example.com

職業: 会社員

② 申請理由

申請の目的: 海外旅行のため

旅行の日程: 2024年04月10日 - 2024年04月20日

同行者: 山田 花子 (妻)

旅行先: アメリカ合衆国 (ニューヨーク州)

③ 収入情報

年収: 450万円

源泉徴収額: 100,000円

扶養家族数: 1人

④ 資産情報

預金: 1,000,000円

不動産: 1棟 (東京都千代田区千代田)

自動車: 1台 (2020年式)

⑤ 旅行計画

出発地: 東京都千代田区千代田

到着地: アメリカ合衆国 (ニューヨーク州)

航空会社: 日本航空

機内食: 和食

⑥ 旅行費用

航空券: 150,000円

宿泊費: 50,000円

食事費: 30,000円

交通費: 10,000円

その他: 20,000円

⑦ 旅行保険

保険会社: 日本生命

保険料: 5,000円

保険内容: 旅行中の怪我等

⑧ 旅行の意義

旅行の目的: 海外旅行の経験

旅行の意義: 海外の文化や風景を体験するため

⑨ 旅行の準備

パスポート: 有効

ビザ: 取得済み

旅行保険: 加入済み

⑩ 旅行のスケジュール

出発日: 2024年04月10日

到着日: 2024年04月20日

滞在期間: 10日間

[illegible]

(様式第16号の2 裏)

[illegible][illegible]

(様式第17号～様式第19号 略)

(様式第17号～様式第19号 略)

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領

第1条 目 的

福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。

第2条 医療給付の申請について

実施要綱第5条に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式第1から3号による肝炎治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に、医師が記載した別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（以下「診断書」という。）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第10号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。

第3条 対象患者の認定について

知事は、実施要綱第10条に定める認定を行う際には、福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別添1及び別添2に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正に認定するものとする。

第4条 肝炎治療受給者証の交付等について

1 肝炎治療受給者証

知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式第8から9号による肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 交付申請書等の取扱い

知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。

3 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。

第5条 対象患者が負担すべき額について

- 1 実施要綱第8条により対象患者が保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に支払うべき額が、実施要綱第8条2に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。
- 2 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第8条2に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。
- 3 対象患者の負担すべき額が実施要綱第8条2に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第11号）を添付することにより、第2条に定める申請者と同一の世帯に属する者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。
- 4 自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。
ただし、配偶者以外の者であって、受給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については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

第6条 自己負担限度月額管理の取扱い

- 1 知事は、受給者に対し、肝炎治療自己負担限度月額管理票（様式第12号）（以下「管理票」という。）を交付するものとする。
- 2 管理票の交付を受けた受給者は、肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示するものとする。
- 3 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が抗ウイルス治療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。
なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度月額とする。
- 4 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

第7条 県内に転入した場合の取扱いについて

他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、申請書に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び健康保険証の写しを添えて知事に届け出なければならない。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

第8条 県外へ転出した場合の取扱いについて

受給者証を所持する患者（以下「受給者」という。）が、県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降の費用を負担するものとする。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

第9条 受給者証の再交付

既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第14号）を知事に提出しなければならない。

第10条 受給者証交付申請事項等の変更

- 1 受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎治療受給者証（変更・返納）届（様式第13号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。
- 2 他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。

第11条 治療中断による受給者証の延長

既に受給者証を有している者が、本人に帰責性のない事由による重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用等によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第17号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、2ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

第12条 72週投与による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を実施中の者が別添2の認定基準を満たし、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了後1ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週投与用）（様式第18号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第13条 シメプレビルを含む3剤併用療法による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、C型慢性肝炎セログループ1型症例に対するシメプレビルを含む3剤併用療法を実施中の者が別添2の認定基準を満たし、有効期間をトータル1年まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了後1ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法用）（様式第18号の2）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第14条 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新

既に肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を有している者のうち、医師が治療継続を必要と認める場合、肝炎治療受給者証交付（更新）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第3号）に、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第10号）を添えて、知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

なお、更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

第15条 受給者証の取り下げ

既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の審査前に取り下げの申し出があった場合についてはこの限りではない。

第16条 医療費の支払

- 1 知事が委託した保険医療機関等が要綱第5条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「療養の給付及び公費負担医療に

関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」の定めるところによる。

- 2 知事は、要綱第5条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第17条 療養費の支給

- 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対する抗ウイルス治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。
- 2 療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎治療費請求書（様式第16号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。
- 3 知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。

第18条 保険医療機関等の指導

知事は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。

第19条 その他

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を資するための情報収集等を行うことができるものとする。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年1月16日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

(別添1)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（3）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、1回のみの助成とする。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

(別添 2)

助成期間の延長に係る取扱い

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。

(1) C型慢性肝炎セログループ1型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与(48週プラス24週)が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

(2) C型慢性肝炎セログループ1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

(3) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1)または(2)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療(再投与)及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

注) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1 (1) について

① これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値(※)の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

1 (2) について

① これまでの24週以上のインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。

② または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

参考) 平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において、『48週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。