

福井県肝炎治療特別促進事業実施要綱

第1 目的

B型ウイルス性肝炎およびC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療および核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患であるが、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、治療費の助成を行うことにより早期治療を促進し、将来の肝硬変、肝がんの予防および肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

第2 実施主体

本事業の実施主体は、福井県とする。

第3 対象医療

- 1 本事業による治療費助成の対象とする医療（以下「対象医療」という。）は、以下に掲げるものとする。
 - (1) C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療およびインターフェロンフリー治療ならびにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療およびインターフェロン治療で、保険適用となっているもの
 - (2) 抗ウイルス治療による軽微な副作用が発生した際、当該治療の中断を防止するために併用せざる得ない副作用の治療で、保険適用となっているもの
- 2 当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等は助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

第4 対象者

本事業による治療費助成の対象とする者（以下「対象者」という。）は、福井県内に居住地を有する医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者または被扶養者ならびに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、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または保険薬局をいう。以下同じ。）において対象医療を受けている者（ただし、他の法令等の規定により国または地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者は除く。）とする。

第5 助成期間

本事業による治療費助成の期間は、同一の患者について「肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号）」（以下「交付申請書」という。）を受理した日の属する月の初日から起算して1年を限度とする。ただし、次に掲げる場合（少量長期投与を除く。）においては、当該助成期間をそれぞれ定める期間延長することができる。また、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続を必要と認める場合、更新を認めることができる。

- (1) インターフェロン治療を開始した後、重篤な貧血および高度の白血球減少等の副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由により、対象医療の中止期間が必要と

なった場合 2か月限度

※ 再治療(再投与)は除く。また、インターフェロンフリー治療は対象としない。

- (2) 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およ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週投与が必要と判断する場合 6か月限度

上記(2)における「一定の条件」を満たす場合は、次によるものとする。

① これまでの治療において、ペグインターフェロンおよ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」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。

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」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。なお、「前値」とは、治療開始6か月前から治療開始直前までの間の値とする。

- (3) C型慢性肝炎セログループ1型症例に対するペグインターフェロン、リバビリンおよびシメプレビル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およ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 6か月限度

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

上記(3)における「一定の条件」を満たす場合は、次によるものとする。

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およ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。なお、「前値」とは、治療開始6か月前から治療開始直前までの間の値とする。

第6 実施方法

1 申請

- (1) 対象者の認定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、交付申請書に次に定める書類を添えて、知事に申請するものとする。

① 医師の診断書(様式第2号、様式第2号-2、様式第2号-3、様式第2号-5、様式第2号-6、様式第2号-7、様式第2号-9または様式第2号-10)

② 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書(様式例第2号-8)(必要な場合に限る。)

③ 申請者の氏名が記載された被保険者証または組合員証(以下「被保険者証等」という。)の写し

④ 申請者およ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(以下「住民票」という。)の写し(申請日のおおむね3か月以内に取得したものを添付すること。)

⑤ 申請者および申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法(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(以下「課税証明書」という。)

- ⑥ 「市町村民税合算対象除外申請書（様式第12号）」および申請者と同一の世帯に属するすべての者の被保険者証等の写し（申請者が住民票を一とする世帯員（申請者の配偶者を除く。）との間に税制上・医療保険上扶養関係がない場合に、当該世帯員について、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外認定を受けようとする場合に限り。）
- (2) 「肝炎治療受給者証（様式第3号、様式第3号-2、様式第3号-3、様式3号-4または様式3号-5）」（以下「受給者証」という。）に記載された保険医療機関等を変更または追加しようとする者は、交付申請書に受給者証を添えて、速やかに知事に申請するものとする。この場合においては、申請を受理した日の属する月の初日から保険医療機関等を変更または追加するものとする。
- (3) 受給者証に記載された住所、氏名、加入医療保険等に変更があった者は、「肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式第4号）」に受給者証、被保険者証等の写し（加入医療保険に変更があった場合に限り。）および住民票の写し（住所または氏名に変更があった場合に限り。）を添えて、変更があった日から14日以内に知事に届け出るものとする。
- (4) 受給者証の有効期間内に、世帯の市町村民税（所得割）課税年額または受給者と住民票を一とする世帯員（受給者の配偶者を除く。）との間の税制上・医療保険上の扶養関係に変更があり、別表に定める自己負担限度額（以下「自己負担限度額」という。）を変更しようとする者は、「肝炎治療受給者証自己負担限度額変更申請書（様式第5号）」に住民票の写しおよび課税証明書を添えて、知事に申請するものとする。この場合においては、申請を受理した日の属する月の翌月から自己負担限度額を変更するものとする。
- (5) 受給者証を紛失、破損または汚損した者は、「肝炎治療受給者証再交付申請書（様式第6号）」に受給者証（紛失した場合を除く。）を添えて、知事に申請するものとする。
- (6) 他都道府県知事から受給者証の交付を受けた者が、県内に転入し、引き続き対象者の認定を受けようとする場合は、転入した日の属する月の翌月の末日までに、交付申請書に転出元都道府県発行の受給者証の写し、被保険者証等の写し、住民票の写しおよび課税証明書（自己負担限度額に変更があった場合に限り。）を添えて、知事に届け出るものとする。
なお、当該届出を受理した場合、県は、その旨を転出元の都道府県に通知するものとする。
- (7) 第5ただし書き（(1)に該当する場合）により、助成期間を延長しようとする者は、受給者証に記載されている有効期間の満了日までに、「肝炎治療受給者証有効期間延長申請書（様式第7号）」に主治医の診断書（様式第8号）および受給者証を添えて、知事に申請するものとする。
なお、延長の手続きを円滑に進めるために、有効期間の満了日の2か月前までに申請することが望ましい。
- (8) 第5ただし書き（(2)に該当する場合）により、助成期間を延長しようとする者は、受給者証に記載されている有効期間の満了日までに、「肝炎治療受給者証有効期間延長届（様式第7号-2）」に受給者証を添えて、知事に届け出るものとする。
なお、延長の手続きを円滑に進めるために、有効期間の満了日の1か月前までに届け出ることが望ましい。
注：この届出書は、担当医師が記載する項目を含めて作成すること。
- (9) 第5ただし書き（(3)に該当する場合）により、助成期間を延長しようとする者

は、受給者証に記載されている有効期間の満了日までに「肝炎治療受給者証有効期間延長申請書（様式第7号-3）」に受給者証を添えて、知事に申請するものとする。

なお、延長の手続きを円滑に進めるために、有効期間の満了日の2か月前までに申請することが望ましい。

注：この申請書は、担当医師が記載する項目を含めて作成すること。

- (10) 核酸アナログ製剤治療について助成期間の更新をしようとする者は、受給者証に記載されている有効期間の満了日までに、交付申請書に医師の診断書（様式第2号-4）、被保険者証等の写し、住民票の写し、および課税証明書を添えて、知事に申請するものとする。その際、診断書（様式第2号-4）に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容および治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。

なお、更新の手続きを円滑に進めるために、有効期間の満了日の2か月前までに申請することが望ましい。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。

- (11) (7)、(8) および (9) に定める肝炎治療受給者証有効期間の延長の申請および届出は、その期限後においても行うことができる。ただし、当該申請および届出に基づく助成期間延長後の受給者証の有効期間の始期は、当該申請および届出を受理した日とする。
- (12) (10) に定める助成期間の更新の申請は、期限後の申請は認めないものとする。ただし、新たに (1) に定める申請を行うことができるものとする。

2 認定

- (1) 知事は、1の申請を受理したときは、速やかに内容を審査し、承認または不承認の決定を行うものとする。

- (2) 知事は、1(1)の申請に基づき、対象者の認定を行うに当たっては、肝炎治療の専門家等から構成される認定審査会（以下「認定審査会」という。）の意見を聞くものとする。

なお、認定審査会の設置および運営に関しては、別途定めるものとする。

- (3) 知事は、申請者が次に掲げる認定基準のいずれかに該当する場合には、対象者として認定する。

ア B型慢性肝疾患に係る認定基準

(ア) インターフェロン治療について

HB e 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、また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、HB e 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(イ) 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、または核酸アナログ製剤治療実施中の者

イ C型慢性肝疾患に係る認定基準

(ア) インターフェロン単剤治療ならびにインターフェロンおよびリバビリン併用治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、また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、(イ)に係る治療歴があるものについては、副作用等の事由により十分量の24週投与が行われなかった場合に限る。

※1 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a、bのいずれにも該当しない場合とする。

a 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およ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

b これまでの治療において、ペグインターフェロンおよ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 上記については、直前の抗ウイルス治療として(ウ)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、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

(イ) ペグインターフェロン、リバビリンおよ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、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、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、(ア)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 上記については、直前の抗ウイルス治療として(ウ)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、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

(ウ) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎もしくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変またはChild-Pugh分類BもしくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎またはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類BまたはCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携

拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬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。なお、(ア) および (イ) に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、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、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が「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。

(4) 知事は、承認の決定を行ったときは、速やかに受給者証を申請者に交付するとともに、交付申請書に記載された保険医療機関等にその旨を通知するものとする。

(5) 知事は、不承認の決定を行った場合は、「肝炎治療受給者証交付申請不承認通知書(様式第9号)」により申請者に通知するとともに、必要に応じて交付申請書に記載された保険医療機関等にその旨を通知するものとする。

3 書類の経由

この要綱により知事に提出する申請書等および知事から交付する受給者証等は、申請者の住所地を管轄する保健所長を経由して行うものとする。

4 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、交付申請書を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。

なお、1(6)の申請に基づく受給者証の有効期間の終期は、転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期とする。

5 対象医療の給付

対象医療の給付は、現物給付による。ただし、やむを得ない事情がある場合は、現物給付に代えて対象医療の給付に要した費用を支給することとする。

6 対象医療に要した費用の請求および支払

(1) 対象医療を行った保険医療機関等は、「療養の給付およ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)」に定めるところにより、対象医療の給付に要した費用を県から委託を受けた審査支払機関(福井県社会保険診療報酬支払基金および福井県国民健康保険団体連合会)に請求するものとする。

(2) (1)に基づき請求する費用の額は、次の①に規定する額から②に規定する額を控除した額とする。

① 医療保険各法の規定による医療または高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した対象医療の給付に要した費用の額の合計額から医療保険各法または高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

② 1か月につき別表に定める自己負担限度額を限度とする額

(3) 受給者証の交付を受けた者(以下「受給者」という。)が5のただし書きに基づき

対象医療の給付に要した費用を請求するときは、原則として月ごとに「肝炎治療費請求書（様式第10号）」に保険医療機関等が発行する領収書（対象医療にかかる自己負担金の領収書）、および高額療養費等の還付がある場合にはその支給を確認できる書類を添えて知事に請求するものとする。ただし、付加給付のある保険加入者については、その額を差し引いたものとする。

7 自己負担限度額

受給者が一の月のうちに複数の保険医療機関等を受診した場合において、当該月において当該受給者が各保険医療機関等に支払う自己負担金の合計は、自己負担限度額を超えないものとする。

8 自己負担限度額の管理

- (1) 知事は、受給者に対し、自己負担限度額管理票（様式第11号）」（以下「管理票」という。）を交付するものとする。
- (2) 受給者が保険医療機関等で対象医療を受ける場合は、被保険者証等、受給者証および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および当月中にその受給者がインターフェロン治療および核酸アナログ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。この場合において、当該月の自己負担額の累積額が自己負担限度額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

9 受給者証の返還

受給者またはその相続人は、次の（1）から（5）のいずれかに該当するに至ったときは、「肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式第4号）」に受給者証を添え、速やかに知事に受給者証を返還するものとする。

- (1) 受給者が治癒したとき。
- (2) 受給者が死亡したとき。
- (3) 受給者の治療法が変更されたとき。ただし、認定基準に該当しなくなった場合または以下の場合に限る。

ア B型慢性活動性肝炎

インターフェロン治療からペグインターフェロン治療への変更

イ C型慢性肝炎

(ア) インターフェロン単剤治療またはインターフェロンおよびリバビリン併用治療からペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法への変更

(イ) ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法からインターフェロン単剤治療またはインターフェロンおよびリバビリン併用治療への変更

(ウ) ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法からペグインターフェロン、リバビリンおよび他のプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法への変更

(エ) インターフェロンを含む治療からインターフェロンフリー治療への変更

(オ) インターフェロンフリー治療からインターフェロンを含む治療への変更

- (4) 他の法令等の規定により国または地方公共団体の負担による医療に関する給付が

- 行われたとき。
(5) 県外へ転出したとき。

第7 関係者の留意事項

本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、この事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するものとする。

第8 対象疾患および認定基準ならびに対象医療の範囲の周知等について

知事は、本事業の適正な運用を確保するために、保険医療機関等に対して本事業の対象医療、対象者および認定基準等の周知に努めるものとする。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 改正前の要綱に基づき受給者証を交付されている者（受給者証の有効期間の満了日が平成22年5月31日までの者に限る。）で、第5ただし書（（2）①に該当する者に限る。）により助成期間を延長しようとする者は、第6 1（8）の規定に関わらず、平成22年6月30日までに届け出るものとし、受給者証の有効期間の満了日に遡って届け出されたものとみなす。ただし、受給者証の有効期間の満了日が平成22年3月31日以前の者については、平成22年4月1日に届け出されたものとみなす。
- 3 この要綱の施行の日から平成22年6月30日までに受理した交付申請書（この要綱に基づき2回目の対象者の認定を受けようとする者および核酸アナログ製剤治療に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算するものとする。ただし、申請者の対象医療の開始日が平成22年3月31日以前の場合の受給者証の有効期間は、平成22年4月1日から起算するものとする。
- 4 改正前の要綱に基づき受給者証を交付されている者（受給者証の有効期間が平成22年4月30日から平成23年3月31日までの間に終了する者に限る。）の平成22年4月1日以降の自己負担限度額は、受給者証に記載された自己負担限度額により、次のとおり変更することとし、当該受給者証を交付されている者からの自己負担限度額の変更申請を要しないものとする。なお、第6 1（4）の規定による申請に基づき、自己負担限度額を変更することを妨げるものではない。
 - (1) 受給者証に記載された自己負担限度額が30,000円の者
10,000円
 - (2) 受給者証に記載された自己負担限度額が50,000円の者
20,000円

附 則

- 1 この要綱は、平成23年9月26日から施行する。
- 2 この要綱の施行の日から平成23年12月28日までに受理した交付申請書（HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎で、ペグインターフェロン製剤治療に係るもの

に限る。)に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年1月17日から施行する。
- 2 この要綱の施行の日から平成24年3月30日までに受理した交付申請書（ペグインターフェロン、リバビリンおよびテラプレビル3剤併用療法に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成25年12月20日から施行する。
- 2 この要綱の施行の日から平成26年3月31日までに受理した交付申請書（ペグインターフェロン、リバビリンおよびシメプレビル3剤併用療法に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年10月10日から施行する。
- 2 この要綱の施行の日から平成27年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年12月15日から施行する。
- 2 平成27年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年6月9日から施行する。
- 2 平成28年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療（ソホスブビルおよびリバビリン併用療法）に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。
- 3 平成28年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンを含む治療に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第6 4の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年1月14日から施行する。
- 2 平成28年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療（ハーボニー配合錠、ヴィキラックス配合錠）に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第64の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。
- 3 平成28年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第64の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年4月25日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年3月30日から施行する。
- 2 平成29年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療（ソホスビルおよびリバビリン併用療法）に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第64の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年11月22日から施行する。
- 2 平成30年3月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療（マヴィレット配合錠（一般名：グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤））に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第64の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。
- 2 平成31年8月31日までに受理した交付申請書（インターフェロンフリー治療（エプクルーサ配合錠（一般名：ソホスビル／ベルパタスビル配合剤））に係るものに限る。）に係る受給者証の有効期間は、第64の規定にかかわらず、当該申請者の対象医療の開始日の属する月の初日から起算することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成31年4月23日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別表

福井県肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階 層 区 分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円

注1：世帯の市町村民税（所得割）課税年額は、申請者（受給者）と住民票を一とする世帯員全員の市町村民税（所得割）課税額の合算を原則とする。ただし、申請者（受給者）と住民票を一とする世帯員（配偶者を除く。）との間において、税制上・医療保険上の扶養関係にないと認められる者は、例外的取扱いとして、その市町村民税（所得割）課税額の合算の対象から除くものとする。

注2：平成24年度以降分の市町村民税（所得割）課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。

注3：平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税及び航空機燃料譲与税の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。

注4：平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、もしくは夫と離婚した後婚姻をしていない者または夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者または同項第12号中「妻と死別し、もしくは妻と離婚した後婚姻をしていない者または妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻していないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦または同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、または同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除および寡夫控除ならびに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。