（R8.11.16.現在）

肝炎治療にかかる医療費の助成について

『兵庫県肝炎治療特別促進事業』

B型肝炎、C型肝炎の早期治療を促進し、肝硬変や肝がんへの進行を未然に防ぐ観点から、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及び核酸アナログ製剤治療）にかかる月々の医療費の自己負担額を、各世帯の所得に応じて軽減する事業です。

◇ *対象となる疾患は？*

インターフェロン治療：B 型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、C 型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変

ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療：C 型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・代償性肝硬変（Child-Pugh 分類 A）
非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類 B・C）

核酸アナログ製剤治療：B 型肝炎ウイルスによる慢性肝疾患

◇ *対象者は？*

次の項目をすべて満たす方

① 兵庫県内に住所を有する方
② 対象となる疾患（B 型・C 型ウイルス性肝炎）と診断され、かつ、認定基準を満たしている方
③ 各種医療保険のいずれかに加入している方

原爆被爆者援護法など他の法令等の規定により、抗ウイルス治療を含む医療の給付を受けている方は、この事業の対象となりません。

◇ *認定基準は？*

次の項目のいずれかに該当する方（国が定めた統一基準です。）

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。）

※ 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治療（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ものとする。

（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

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、Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B 若しくは 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、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※ 上記については、原則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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療８週、再治療 12 週とする療法に限る。また、2.（1）及び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剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

また、Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変に対する、ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医によって治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、助成[1] の対象とすることができる。

◇ 助成の対象となる医療・医療費は？

＊B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎に対して行う抗ウイルス治療で保険適用となっている医療です。これらの治療にかかる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料が対象になります。

【対象となるもの】
- 受給者証に記載された有効期間内の、抗ウイルス治療に関する初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料
  ※治療の中断を防ぐために併用する副作用の治療（薬剤料など）を含む
  治療の導入、中断、再開、中止を判断するための検査料を含む

【対象とならないもの】
- 入院時の食費や生活費
- 申請手続きのための診断書料、差額ベッド代など（保険適用外のため）
- 治療を中断して行う副作用の治療費
- 抗ウイルス治療との関係が認められない治療費（他の疾患の治療費など）
  【肝疾患に係る治療で抗ウイルス治療と関係がないものも対象外です。
  例：肝庇護薬（ウルソ、強力ネオミノファーゲン等）、肝がんの治療等】

注）令和8年7月1日から、福祉医療6事業で、公費負担医療制度との併用が可能となります

◇ 助成を受けるには？

＊お住まいの地域を管轄する県健康福祉事務所・市保健所等の窓口（7 ページ参照）に申請書を提出し、知事の認定を受ける必要があります（申請書類、申請手続きの詳細については５ページ参照）。

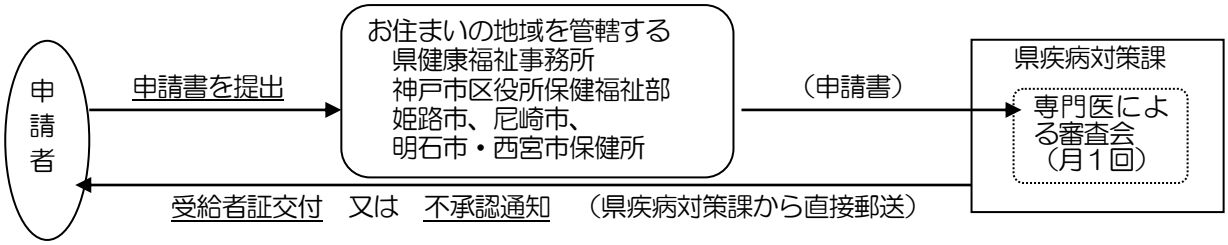
※　申請書類等の様式は、申請窓口、又は、県ホームページで入手できます。

※　現在、受給者証を所持し治療中の方が、治療の切り替えを行う場合は、新たに申請を行う必要があります。

また、核酸アナログ製剤に係る治療受給者証をお持ちの方が、あわせて、インターフェロン治療も行う場合は、別途申請が必要です（核酸アナログ製剤に係る治療受給者証は、インターフェロン治療には使えません。）

◇ 認定までのながれは？

＊申請書に基づき、県が専門医による審査を行い、認定された場合には「肝炎治療受給者証（以下「受給者証」といいます）」を交付します。また、認定基準を満たさない場合には、書面によりお知らせします。



注）申請書を提出されてから審査結果をお知らせするまで2か月前後かかります。

◇ *認定を受けると？*

＊「受給者証」に記載された受療保険医療機関・保険薬局（受給者が申請書に記載した医療機関等）で抗ウイルス治療を受ける際に、被保険者証とともに「受給者証」を提示すれば、受給者証の「有効期間」欄に記載された期間（最大１年間）、対象医療費の月々の自己負担額が「受給者証」に記載された「自己負担限度額（月額）」までとなります。

＊「自己負担限度額（月額）」は、申請書類（世帯全員の市町民税課税年額証明書類）に基づき、世帯全員の対象税額の合算額（※）で、下表の区分により決定されます。

【区分表】

区分	世帯の市町民税（所得割）課税年額	自己負担限度額(月額)
甲	２３５，０００円以上の場合	２０，０００円
乙	２３５，０００円未満の場合	１０，０００円

※ 0～15 歳及び 16～18 歳の親族等を税制上扶養している方は、「市町民税（所得割）にかかる年少扶養者等の申出書」及び証明書類の提出により、年少扶養控除等があるものとして再計算した想定住民税(所得割)の額をもとに月額自己負担限度額区分を決定します。

※ 受給者の配偶者以外で、受給者及びその配偶者と地方税制上も医療保険上も扶養・被扶養関係がない方がいる場合は、世帯全員の課税年額証明書類を提出したうえで、「市町民税額合算対象除外希望申請」ができます。

◇ *助成を受けられる期間は？*

＊ 助成期間は、お住まいの地域の健康福祉事務所等で、申請書を受理した月の初日から１年以内で、治療期間に即した期間です。

インターフェロンを含む治療及びインターフェロンフリー治療には更新がありませんので、主治医とご相談のうえ、治療を行う時期にあわせて申請してください。

＜助成期間の取り扱い例＞治療予定期間が 48 週で４月４日に申請書を提出した場合



助成期間：４月１日から３月３１日までの１年間

＊ 核酸アナログ製剤治療については、有効期間内に申請いただくことにより、1 年ごとに有効期間の更新を行うことができます。

＊ 特例として、次の①～②に該当する場合、助成期間を延長できます。

（受給者証の有効期間内に期間延長の変更申請が必要です。受給者証の有効期間終了後に申請された場合、延長期間の始期は、延長申請を受理した月の初日からとなり、終期は延長前の有効期間満了から起算した場合の延長期間終了日までとなるため、不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。）

例：有効期間がＸ年5月１日～(X+1)年４月３０日の受給者証をお持ちの方が６ヶ月延長を申請
(X+1)年5月 31 日までに申請受理、承認→(X+1)年5月１日～同年１０月３１日に期間延長
(X+1)年６月１日～３０日までに申請受理、承認→(X+1)年６月１日～同年１０月３１日に期間延長
（5月１日～31 日の医療費は助成対象外となる）

副作用等により治療中断が必要となり、治療期間が助成期間をわずかに超える見込みとなった場合で、有効期間満了後概ね2か月の間に残りの治療を完了できる見込がある場合（最長2か月まで）

※ すべてのインターフェロン治療について、上記①とは別に要件を満たせば申請が可能です。

＜2か月を限度として助成期間（有効期間）を延長できる例＞



※ 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。

◇ 医療機関等での自己負担額の取り扱いは？

「受給者証」が届くまで

＊ 必ず、申請書に記載した保険医療機関、保険薬局で抗ウイルス治療及び薬剤の処方を受けてください。（医療機関等を追加・変更する場合は手続きが必要です。６ページ参照）

＊ 「受給者証」がお手元に届くまでは、一旦、従来どおりの自己負担額を医療機関等の窓口で支払い、領収証を保管しておいてください。

＊ この間に支払った対象医療費の合計額（月額）が、「自己負担限度額（月額）」を超えた場合は、お住まいの地域の健康福祉事務所等に請求書を提出いただくことにより、超過額のうち各加入医療保険の「高額療養費（高額療養の患者負担額を超える額）」を差し引いた金額を県からお返しします。（医療機関等の領収証を添付。６ページ参照）

注）令和８年７月１日から、福祉医療６事業で、公費負担医療制度との併用が可能となります。

「受給者証」が届いてから

＊ 「受給者証」とともに「肝炎治療自己負担限度月額管理票（以下「月額管理票」）」をお送りします。

＊ 「月額管理票」は、受給者と各医療機関等との間で月々の「自己負担限度額（月額）」の支払い状況を確認するためのもので、毎回、医療機関等の窓口に提示し、その都度支払額を記入してもらいます。

＊ 「月額管理票」に記入された支払額の合計が、「自己負担限度額（月額）」に達するまでは、従来通りに医療機関等の窓口でお支払いください。

＊ 「自己負担限度額（月額）」に達した後は、「月額管理票」の提示により、その月の窓口でのお支払いは不要（公費負担）となりますので、窓口で払い過ぎないようにご注意ください。

＜受給者証イメージ＞

肝　肝炎治療受給者証				
公費負担番号		３８ ２８ ６０１ ９		
公費負担医療の受給者番号		２ ０００００ ０		
受給者	住　所	○○○○○○○○○		
	氏　名	○ ○ ○ ○		
	生年月日	昭和○年○月○日	性別	○
疾病名		Ｃ型慢性肝炎		
有効期間		自　○年4月　1日 至　○年3月31日		
月額自己負担限度額（区分）		１０，０００円		
交付年月日		○年○月○日		
発行機関名及び印		兵　庫　県　知　事　印		

受療保険医療機関等	1	○○○○大学病院
	2	○○○○診療所
	3	○○○○薬局

＜月額管理票（＊）イメージ＞

○年４月分
肝炎治療受給者自己負担限度額額管理票

受診者名	○○　○○	受給者番号	2000000

有効期間　○年４月１日～○年３月末日

月額自己負担上限額　１０，０００円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関等の名称	確認印
４月１日	○○○○薬局	㊞

日 付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額累計額	月間自己負担額徴収印
4/1	○○○○診療所	8,050円	8,050円	㊞
4/1	○○○○薬局	1,950円	10,000円	㊞

※自己負担額が 2,650 円であった場合、あと 1,950 円で 10,000 円に達するので、1,950 円だけを窓口で支払います。
残りの 700 円と、これ以後月末までの自己負担額は公費負担となりますので、窓口で支払わないようにしてください。

「高額療養費」との関係

＊ この「肝炎治療費助成」は、対象医療費が「自己負担限度額（月額）」を超えたところから、「高額療養費」の患者負担限度額に達するまでの部分を公費で助成するものです。

＊ 高額療養の患者負担限度額を超える額については、従来どおり、各医療保険等の保険者に請求してください。

受給者証交付申請

〇次の①～⑤の書類を、お住まいの地域の申請窓口（６ページ参照）に提出してください。
〇助成には有効期間がありますので、主治医とご相談のうえ、治療を行う時期にあわせて申請してください。
〇核酸アナログ製剤治療は、１年ごとに有効期間の更新を行うことができます。申請期間は有効期間終了の３ヶ月前から有効期間が終了するまでで、郵送による手続が可能です。（本ページ②確認事項等参照）
〇申請書類の記載方法等については、申請窓口にお尋ねください。
〇＜コピー＞又は＜コピー可＞の書類についても、窓口で確認を行うため、必ず原本を持参してください。

	提出書類	確　認　事　項　等
①	（様式１号） 肝炎治療受給者証交付申請書 ・ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療（新規・2 回目・3 回目） ・ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療（新規・再治療） ・核酸アナログ製剤治療（新規・更新）	●所定用紙（様式１号）に必要事項を記入してください ●受給者と申請者が異なる場合は申請者欄に押印し、続柄を記入してください。 ●治療を受ける保険医療機関、保険薬局をすべて記入してください。（受給者証に登録されます） ●自己負担限度額が甲区分（20,000 円）であることを申告し、④の書類を省略する場合は、確認欄に必ず署名（自署）してください。
②	（様式２－１～９号） 肝炎治療受給者証の交付申請にかかる診断書、意見書 ※診断書は１医療機関のみでよい。作成料は助成対象外。 （様式 2-1 号）ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療（新規） （様式 2-2 号）ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療（2 回目） （様式 2-3 号）ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療（3 回目） （様式 2-4 号）核酸アナログ製剤（新規） （様式 2-5 号）ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療（新規） （様式 2-6 号）ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療（再治療） （様式 2-7 号）核酸アナログ製剤（更新）	●診断書及び意見書を記載できるのは、次のいずれかに該当する医師です。 (1)要件を満たし、県に登録した医師 (2)社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医 ※ 診断書及び意見書の資格確認欄に記載が必要です。診断書を記載できる医師の名簿は県ホームページに掲載しています。 ※様式 2-5 号ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療（新規）については、Child-Pugh 分類 B 若しくはＣのＣ型非代償性肝硬変に対する、ｴﾌﾟｸﾙｰｻ配合錠（一般名：ｿﾎｽﾌﾞﾋﾞﾙ／ﾍﾞﾙﾊﾟﾀｽﾋﾞﾙ配合剤）による治療については、日本肝臓学会認定の肝臓専門医に限ります。 ※様式 2-6 号ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療（再治療）の記載については肝疾患診療連携拠点病院（兵庫県の場合は、兵庫医科大学病院、神戸大学医学部附属病院）に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。 ●診断書の記載内容について次の点を確認してください。 ・申請日前３か月以内に記載された診断書であること（様式 2-7 号は前回申請時以降１年以内のものであること） ・記載日前６か月以内（治療中の場合は治療開始時）の検査結果等資料に基づく診断書であること（様式 2-7 号は直近の認定・更新時（受給者証に記載の交付年月日）以降に検査された内容であること） ・記載漏れがないこと ●診断年月がかなり以前ではっきり確認できない場合は「昭和〇年頃」等と記載して差し支えありません。 ※様式 2-7 号に代わり、直近の認定・更新時（受給者証に記載の交付年月日）以降に行われた検査及び治療であることを要件として、(a)検査内容（ｳｲﾙｽﾏｰｶｰや血液検査結果等）が分かる資料、及び(b)受けている治療内容が判断できる資料の提出でも可とします。ただし、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降２回目までの認定においては、提出の省略を可とします。
③	加入保険の情報がわかるもの	●「資格情報のお知らせ」 若しくは「資格確認書」又は、「マイナポータルの医療保険 資格確認情報画面」の掲示
④	世帯全員の市町民税課税年額（または非課税）を証する書類 〔次のいずれかを提出〕 ア　市町民税・県民税課税証明書 ＜コピー不可＞ イ　市町民税・県民税納税通知書 ＜コピー可＞ ウ　市町民税・県民税特別徴収税額の決定通知書 ＜コピー可＞ ※いずれの書類においても**発行元の市町の公印が押印されたものに限ります。** ※本人以外が代理で課税証明書の交付を申請する場合、委任状や身分証明書の提示が必要な場合があります。事前に必要書類をご確認ください。	●⑤の住民票に記載のある方全員の「市町民税（所得割）課税年額」を証する書類を添付してください。 ◇申請時期により該当する年度のものを添付してください。 ・令和 8 年 6 月末までに申請する場合 →令和 7 年度の課税額(令和 6 年分) ※令和 8 年度の課税額(令和 7 年分)でも可としますが、世帯全員の課税年度はそろえてください。 ・令和 8 年 7 月～令和 9 年 6 月末までの間に申請する場合 →令和 8 年度の課税額(令和 7 年分) ●世帯全員の合計額が「235,000 円」を超えることが確実な場合は、(様式１号)の確認欄への署名により添付を省略できます。 ●通常、市町民税（所得割）が非課税と想定される方について、他者の課税証明などで被扶養者であることが確認できる場合は、**申出書の提出により**課税証明書類の添付を省略できます。（配偶者控除、扶養控除、障害者控除等の対象者） ●世帯の市町民税（所得割）額が 235,000 円以上の方で、0～15 歳及び 16～18 歳の親族等を税制上扶養している方は「年少扶養者等の申出書」を、合算除外対象者がいる方は「市町民税額合算対象除外希望申請書」を提出してください。
⑤	世帯全員の住民票 ＜コピー不可＞	●受給者と同一世帯に属する方全員について記載された住民票を添付してください。 ●続柄が記載されたものであること ●申請前３か月以内に発行されたものであること

受給者証交付後に手続きが必要となる場合

〇受給者証の交付後、次に該当する場合には、別途手続きが必要となります。
〇所定の用紙に必要書類をそえて、速やかに、お住まいの地域の申請窓口に提出してください。
〇写しを提出する書類については、窓口で確認を行うため、必ず原本を持参してください。

	手続きが必要となる場合	提出様式・必要書類等
1	受給者証の有効期間内の各月に、受給者証の自己負担限度額を超えて医療機関等に支払った対象医療費がある場合 例）受給者証が交付されるまでの間に支払った医療費など	●肝炎治療医療費等請求書（様式 13 号） 様式 13 号欄外(記入上の注意)をよくご確認のうえ請求してください。 ＜必要書類＞ ①受給者証の写し（必須） ②自己負担限度額を超えて支払った月のすべての領収証（必須） ・受給者証に記載のある医療機関等の領収書に限ります。 ・月ごとに分けて、ひと月分をまとめて請求してください。 ・高額療養費の手続き等に必要な場合は領収書のコピーで可。 ③高額療養費支給決定通知書、健康保険限度額適用認定証などの写し （既に高額療養費の手続きが完了している場合） 注）医療費が高額になる場合には、別途、高額療養費の申請手続きを行ってください。(加入している健康保険の保険者に申請) ④通帳の写し（見開きページ） ⑤委任状（請求者と受給者が異なる場合）
2	申請書及び受給者証の記載内容に変更があった場合 ①氏名、住所の変更 ②加入医療保険の変更 ③受療医療機関等の追加・変更 ④月額自己負担限度額（区分）	●肝炎治療受給者証変更申請書（様式９号） ＜必要書類＞共通：**受給者証の原本** ①氏名：マイナンバーカード・免許証等（**新旧の情報**がわかるもの） 住所：住民票等（本人分のみ）（**新旧の情報**がわかるもの） ＜コピー可、**ただし住民票を提出の場合は原本**＞ ※公的に証明され新旧が同時に確認できる書類でも可（公印の押印があるものに限る） ②変更後の加入保険情報がわかる書類の写し（５ページ③参照） ③なし（主治医に、抗ウイルス治療との関連性を確認する場合があります） ④世帯全員の住民票及び市民税課税年額を証する書類 ※④は受給者に有利な場合、有効期間内に変更申請が可能です。 申請日が月の初日であればその月から、2 日以降であれば翌月から適用
3	受給者証の紛失、破損等により再交付が必要となった場合	●肝炎治療受給者証再交付申請書届（様式 10 号） ＜必要書類＞　●破損・汚損の場合は受給者証の原本を返却
4	受給者証の有効期間の延長が必要となった場合 注）受給者証の有効期間内に申請してください。申請が遅れると不承認あるいは承認できない期間が生じる場合があります。	●肝炎治療受給者証変更申請書（様式９号） ＜必要書類＞ ●治療の中断による延長申請 医師の意見書（所定の様式：治療中断に至った理由、中断期間、治療完了予定年月日を必ず記載） ●「ﾍﾟｸﾞｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝとﾘﾊﾞﾋﾞﾘﾝ併用療法」72 週投与のための延長申請 医師の意見書（所定の様式：C 型慢性肝炎の難治症例で 72 週投与が必要であることを記載）
5	県外に転出した場合 注）転出先で引き続き助成を受けたい場合は、別途、手続きが必要です。事前に転出先の都道府県にご確認ください。	●肝炎治療受給者証返還届（様式 11 号） ＜必要書類＞ ●受給者証の原本を返却 注）受給者証の写しを保管のこと（転出先での手続きに必要）
6	治癒、治療の中止、その他の理由により受給者の資格を失った場合	●肝炎治療受給者証返還届（様式 11 号） ＜必要書類＞ ●受給者証の原本を返却
7	他の都道府県で受給者証の交付をうけた後に、県内に転入した場合 注）転入日の属する月の翌月の末日までに手続きが必要です	●肝炎治療受給者証交付申請書（様式 1 号） ＜必要書類＞ ●加入保険情報がわかる書類の写し（５ページ③参照） ●住民票（本人分のみ。**転入前住所および転入日**が記載されたもの） ●転入前の受給者証の写し
8	核酸アナログ製剤治療の更新手続きを行う場合	５ページ「受給者証交付申請」をご覧ください。 更新申請は必ず受給者証の有効期間内に行ってください(郵送手続可)

お住まいの地域の申請窓口

◇ 助成制度の内容や、申請手続きについては、お住まいの地域の申請窓口にお問い合わせください。

県健康福祉事務所管内の方

お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号
芦屋市	芦屋健康福祉事務所 〒659-0065　芦屋市公光町 1-23 ☎0797-32-0707
伊丹市 川西市 猪名川町	伊丹健康福祉事務所 〒664-0898　伊丹市千僧 1 丁目 51 ☎072-785-7462
宝塚市 三田市	宝塚健康福祉事務所 地域保健課 〒665-0032　宝塚市東洋町 2-5 ☎0797-62-7307
加古川市 稲美町 播磨町 高砂市	加古川健康福祉事務所 〒675-8566 加古川市加古川町寺家町天神木 97-1 ☎079-422-0003
西脇市 三木市 小野市 加西市 加東市 多可町	加東健康福祉事務所 〒673-1431　加東市社 1550 番地 ☎0795-42-9427
たつの市 宍粟市 太子町 佐用町	龍野健康福祉事務所 〒679-4167　たつの市龍野町富永 1311-3 ☎0791-63-5140
赤穂市 相生市 上郡町	赤穂健康福祉事務所 〒678-0239　赤穂市加里屋 98-2 ☎0791-43-2321
神河町 市川町 福崎町	中播磨健康福祉事務所 〒679-2204　神崎郡福崎町西田原 235 ☎0790-22-1234
豊岡市 香美町 新温泉町	豊岡健康福祉事務所 〒668-0025　豊岡市幸町 7-11 ☎0796-26-3662
養父市 朝来市	朝来健康福祉事務所 〒669-5202　朝来市和田山町東谷 213-96 ☎079-672-6867
丹波市 丹波篠山市	丹波健康福祉事務所 〒669-3309　丹波市柏原町柏原 1 ☎0795-73-3767
洲本市 淡路市 南あわじ市	洲本健康福祉事務所 〒656-0021　洲本市塩屋 2 丁目 4-5 ☎0799-26-2060

神戸市内の方

お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号
東灘区	東灘区役所保健福祉部保健福祉課 〒658-8570 神戸市東灘区住吉東町 5-2-1 ☎078-841-4131
灘　区	灘区役所保健福祉部保健福祉課 〒657-8570 神戸市灘区桜口町 4-2-1 ☎078-843-7001
中央区	中央区役所保健福祉部保健福祉課 〒651-8570　神戸市中央区東町 115（5F） ☎078-335-7511
兵庫区	兵庫区役所保健福祉部保健福祉課 〒652-8570　神戸市兵庫区荒田町 1-21-1 ☎078-511-2111
北　区	北区役所保健福祉部保健福祉課 〒651-1195　神戸市北区鈴蘭台北町 1-9-1 ☎078-593-1111
	北神区役所保健福祉部保健福祉課 〒651-1302　神戸市北区藤原台中町 1 丁目 2-1 ☎078-981-5377
長田区	長田区役所保健福祉部保健福祉課 〒653-8570　神戸市長田区北町 3-4-3 ☎078-579-2311
須磨区	須磨区役所保健福祉部保健福祉課 〒654-8570　神戸市須磨区大黒町 4-1-1 ☎078-731-4341
	北須磨支所保健福祉部保健福祉課 〒654-0195　神戸市須磨区中落合2-2-5名谷センタービル5階 ☎078-793-1335
垂水区	垂水区役所保健福祉部保健福祉課 〒655-8570　神戸市垂水区日向 1-5-1 ☎078-708-5151
西　区	西区役所保健福祉部保健福祉課 〒651-2295　神戸市西区糀台 5 丁目 4-1 ☎078-940-9501 ※ 玉津支所保健福祉サービス窓口でも申請可

姫路市・尼崎市・西宮市・明石市内の方

お住まいの地域	申請窓口所在地・電話番号
姫路市	姫路市保健所 〒670-8530　姫路市坂田町 3 ☎079-289-1635
尼崎市	尼崎市保健所感染症対策担当 〒660-0052　尼崎市七松町 1-3-1-502 ☎06-4869-3062
	北部保健福祉センター北部地域保健課 〒661-0012 尼崎市南塚口町2丁目1-1 さんさんﾀｳﾝ 1 番館5F ☎06-4950-0637
	南部保健福祉センター南部地域保健課 〒660-0876 尼崎市竹谷町2丁目183 リベレ5F ☎06-6415-6342
西宮市	西宮市保健所　☎0798-26-3669 〒662-0911　西宮市池田町 8-11 ※下記窓口では申請書類の受付のみ可。書類の確認は西宮市保健所が実施。 鳴尾支所・塩瀬支所・山口支所・ｱｸﾀ西宮ｽﾃｰｼｮﾝ （窓口受付時間：平日 9 時～12 時、13 時～17 時）
明石市	あかし保健所保健予防課 〒674-0068　明石市大久保町ゆりのき通1-4-7 ☎078-918-5668

兵庫県保健医療部疾病対策課がん対策班
電話：078-362-3202