様式第３号

**フォローアップ事業参加同意書（肝炎定期検査費用助成）**

肝炎ウイルス治療を終えた方の定期的な状況確認や相談を行う陽性者フォローアップ事業を実施しています。

■事業の内容

・医療機関の受診状況や治療内容の確認

・随時、必要な相談支援の実施、肝疾患治療の最新情報や相談会、講習会等のご案内

・定期検査を実施した医療機関への検査結果の照会

・1年間に2回まで。「定期検査」費用の助成（初回精密検査を受けられた方：年１回限り）

※必要に応じてご自宅等に電話等を差し上げる場合がございます。

※事業内容は、実施主体（府、中核市、市町村）により一部異なることがあります。

■個人情報の取扱い

・本事業で入手した個人情報につきましては、府及びお住まいの市町村で共有しますが、大阪府個人情報保護条例その他個人情報保護に関する規定により適切に管理し、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

肝炎治療医療費助成受給者証の認定期間が終了した方がフォローアップ事業の対象となります。事業の参加

には同意が必要です。同意をいただいた方を対象に、定期検査を実施した際の費用の助成を行っています。

大阪府又は中核市、市町村が実施するフォローアップ事業に同意いただける場合には、

以下の必要事項を記入の上、ご提出ください。

**大阪府又は中核市、市町村が行う状況把握に同意します。**

記入日： 令和　　　 年 　　　月　　 　日

氏　名：

性 別： 男 ・ 女

生年月日：（T・S・H） 　　　年　　　 月 　　　日

住 所：

〒 　　　－

大阪府

電話番号： （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【受付印押印欄】