

鹿児島県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱

第1 事業の目的

この事業は、利用者の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施することにより肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談や啓発及び陽性者のフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

第2 事業の実施主体

この事業の実施主体は、鹿児島県(以下「県」という。)とする。

第3 事業内容

1 肝炎ウイルス検査

- (1) 県は、保健所(鹿児島市保健所を除く。)において、「保健所におけるB型・C型肝炎相談・検査実施要領」に基づき実施する。
- (2) 県は、検査医療機関において、「肝炎ウイルス検査医療機関委託事業実施要綱」に基づき実施する。

2 B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業

県は、保健所(鹿児島市保健所を除く。)において、「保健所におけるB型・C型肝炎相談・検査実施要領」に基づき実施する。

3 陽性者フォローアップ事業

(1) 陽性者のフォローアップ

ア 実施方法

県が、別紙様式1による同意書により肝炎ウイルス検査の前または後で本人の同意を得ている対象者に対し、別紙様式2による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認するとともに、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

イ 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかに該当する者

- (ア) 1により、「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者(以下「陽性者」という。)
- (イ) (2)の検査費用の請求により把握した陽性者
- (ウ) その他、市町村や医療機関等で実施する肝炎ウイルス検査(職域で実施する肝炎ウイルス検査(以下「職域の肝炎ウイルス検査」という。)、母子保健法に基づき市町村が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査(以下「妊婦健診の肝炎ウイルス検査」という。))及び手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査(以下「手術前の肝炎ウイルス検査」という。)を含む。)を受けた者などからの情報提供等により把握した陽性者

フォローアップにあたっては、個人情報取扱いに留意のうえ、県内市町村や保健所設置市の健康増進事業担当部局や母子保健担当部局等と連携を図ると

ともに、その実施においては、肝疾患診療連携拠点病院や市町村等の適当と認められる実施機関に委託することができる。

なお、フォローアップの対象者を市町村等へ情報提供することにより、健康増進事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

(2) 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

ア 実施方法

(ア) 対象者が保険医療機関（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をいう。）において初回精密検査又は定期検査を受診し、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。）又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を受けた場合、対象者が負担した費用を交付する。

(イ) 前項の金額は、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又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とする。ただし、イの(イ)に該当する者については、1回につき、次のaに規定する額からbに規定する自己負担限度額を控除した額とする。

a 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又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

b 別表に定める自己負担限度額

この際、別表甲又は乙に該当するかについては、オ（イ）aにより申請者から提出された課税額証明書等により確認するものとする。なお、別表に該当しない場合、又は当該控除した額が零以下となる場合には、助成は行わない。

イ 対象者

(ア) 初回精密検査

a 県、検査医療機関及び鹿児島市が行う肝炎ウイルス検査若しくは市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者

(a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並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

(b) 1年以内に県、検査医療機関及び鹿児島市が行う肝炎ウイルス検査若しくは市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

(c) 県が実施するフォローアップ事業に同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

- b 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並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
 - (b) 1年以内に職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
 - (c) 県が実施するフォローアップ事業に同意した者

- c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並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
 - (b) 原則1年以内に妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

なお、出産後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。

また、各医療機関に配置されている肝炎医療コーディネーター（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、助産師、医療ソーシャルワーカーをはじめとする医療従事者や医療機関職員等）の連携等を通じて、対象者が当該制度につながるよう留意されたい。

- (c) 県が実施するフォローアップ事業に同意した者

- d 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者

- (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並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

- (b) 原則1年以内に手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

なお、手術後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。

また、各医療機関に配置されている肝炎医療コーディネーター（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、医療ソーシャルワーカーをはじめとする医療従事者や医療機関職員等）の連携等を通じて、対象者が当該制度につながるよう留意されたい。

- (c) 県が実施するフォローアップ事業に同意した者

(イ) 定期検査

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

- a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並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

- b 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む。）

- c 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する者

d 県が実施するフォローアップ事業に同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

e 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けていない者

ウ 助成対象費用

(ア) 初回精密検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

a 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査，末梢血液像）

b 出血・凝固検査（プロトロンビン時間，活性化部分トロンボプラスチン時間）

c 血液化学検査（総ビリルビン，直接ビリルビン，総蛋白，アルブミン，ALP，ChE， γ -GT，総コレステロール，AST，ALT，LD）

d 腫瘍マーカー（AFP，AFP-L3%，PIVKA-II半定量，PIVKA-II定量）

e 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原，HBe抗体，HCV血清群別判定，HBVジェノタイプ判定等）

f 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量，HCV核酸定量）

g 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

(イ) 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上記の検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

なお、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む。）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。

また、いずれの場合も、造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とする。

エ 助成回数

(ア) 初回精密検査

1回

(イ) 定期検査

1年度2回（(ア)の検査を含む）

オ 検査費用の請求について

(ア) 初回精密検査

a 県，検査医療機関及び鹿児島市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者の場合

対象者は、別紙様式3-1による肝炎検査費用請求書（以下「請求書」という。）に、医療機関の領収書，診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書を添えて、当該対象患者の居住地を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に請求するものとする。

b 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合

対象者は、別紙様式 3-1 による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、別紙様式 3-2 による職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（以下「職域検査受検証明書」という。）（対象者が保有している場合に限る。）及び（1）の陽性者のフォローアップ又は健康増進事業における陽性者フォローアップの同意書（これらのフォローアップの同意をしていない場合に限る。）を添えて、保健所長を経由して知事に請求するものとする。

県は、対象者からの請求に職域検査受検証明書の添付がなく、対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できない場合は、対象者本人の同意を得て、別紙様式 3-3 により医療機関に照会を行い、及び医療機関から回答を受けることができる。

c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合

対象者は、別紙様式 3-1 による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し及び（1）の陽性者のフォローアップ又は健康増進事業における陽性者フォローアップの同意書（これらのフォローアップの同意をしていない場合に限る。）を添えて、保健所長を経由して知事に請求するものとする。

なお、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書により確認するものとする。

d 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合

対象者は、別紙様式 3-1 による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書及び（1）の陽性者のフォローアップ又は健康増進事業における陽性者フォローアップの同意書（これらのフォローアップの同意をしていない場合に限る。）を添えて、保健所長を経由して知事に請求するものとする。

(4) 定期検査

a 対象者は、別紙様式 3-4 による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員（以下、世帯構成員という。）の住民票の写し、次項に定める課税等証明書等及び別紙様式 4 による医師の診断書を添えて、保健所長を経由して知事に請求するものとする。

b 自己負担限度額階層区分の認定に係る課税等証明書等の提出について

(a) 別表による自己負担限度額階層区分の甲にあたる場合、世帯構成員に係る市町村民税課税証明書等を提出するものとする。一方、乙にあたる場合は、世帯構成員の住民税非課税証明書を提出するものとする。

ただし、申請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（配偶者以外の者に限る。）については、別紙様式 5 による市町村民税額合算対象除外希望申請書に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるも

のとする。

(b) 市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。

i 平成24年度以降分の市町村民税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。）に係る取り扱いについて」（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。

ii 平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、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、地方税法及び航空機燃料譲与税法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。

iii 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、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生別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つて、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又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又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つて、現に婚姻をしていないもの」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号イに定める寡婦又は同項第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額が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第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。

c 対象者は申請の際、上記a及びbによらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。

(a) 医師の診断書

以下のいずれかに該当する場合

なお、i、iiについては慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合を除く。

i 以前に同じ知事から定期検査費用の支払いを受けた場合

ii 1年以内に肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を提出した場合

iii 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した場合

(b) 世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等又は住民税

非課税証明書，市町村民税合算対象除外希望申請書

以下に該当する場合において，従前に知事へ提出した書類と同様の内容である場合。なお，いずれも同一年度内で県に対し行われる場合とする。

i 1 回目の定期検査費用の助成を受けた場合

ii 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

カ 検査費用の支払いについて

知事は，請求を受けたときは，その内容を審査して支払額を決定し，速やかに支払うものとする。

第4 実施に当たっての留意事項

本事業の企画及び立案に当たっては，事業を効率的，効果的に実施するため，関係機関等と連携を密にし，地域の実情に応じた事業の推進に努めることとする。

また，検査等の実施に際しては，個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

附則

この要綱は，平成27年6月1日から施行する。

附則

この要綱は，平成28年6月17日から施行し，平成28年4月1日から適用する。

附則

この要綱は，平成29年7月21日から施行し，平成29年4月1日から適用する。

附則

この要綱は，令和元年6月7日から施行する。

附則

この要綱は，令和2年6月1日から施行し，令和2年4月1日から適用する。

附則

この要綱は，令和2年8月4日から施行する。ただし，陽性者のフォローアップ，初回精密検査費用の対象者において，妊婦健診の肝炎ウイルス検査及び手術前の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者を追加することは令和2年4月1日から適用する。

(別表)

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額(1回につき)	
		慢性肝炎	肝硬変・肝がん
甲	市町村民税(所得割)課税年額が 235,000円未満の世帯に属する者	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

鹿児島県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年1回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきますとともに、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

また、本事業の目的を達成するために、お住まいの市町村に一部情報提供することがあります。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、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。

上記を確認の上、フォローアップ事業の参加に同意します。

氏名（自署）： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____ - _____ - _____

住 所： 〒 _____

◎検査費用の助成を申請される方は、請求の際、請求書に以下の設問がございますので、併せてご回答ください。

病態：請求される検査の結果を教えてください。

今後の治療方針：今後の治療方針が決まっていたら教えてください。

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課感染症保健係

(TEL : 099-286-2724)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、鹿児島県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、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。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課感染症保健係（TEL：099-286-2724）

【肝炎に関するご相談窓口】

鹿児島大学病院肝疾患相談センター（TEL：099-275-5329）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- はい(直近の受診日： 年 月頃 医療機関名：)
 いいえ(受診をしていない理由：)

問2 (問1で「はい」と回答した場合)差し支えなければ、説明を受けた症状を教えてください。

- 無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)
 その他 ()

問3 (問1で「はい」と回答した場合)現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。
 インターフェロン治療
 インターフェロンフリー治療
 核酸アナログ製剤治療
 その他 ()
- 肝臓病の治療を受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答ください。
 経過観察(次回の受診目安： 頃)
 その他 ()

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前： _____

記載年月日： 年 月 日 _____

【注意事項】

※「職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の医療機関への照会」の欄には、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）を添付してください。

・職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた場合は、職域検査受検証明書（保有している場合に限る。）及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

・妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

・手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※妊婦健診、手術前の肝炎ウイルス検査の対象者：陽性と判定され1年以内に請求ができなかった方は理由を以下にご記入ください。

例：妊娠中の通院や出産後の育児等により、陽性判定後1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった。

例：手術後の長期入院等により、陽性判定後1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった。

※医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

※請求者と口座名義人は同一としてください。異なる場合は、委任状を添付してください。

※内容審査のうえ、対象費用と認められた金額を支払います。

(別紙様式 3 - 3)

(医療機関名) 御中

職域での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会について

下記の者について、鹿児島県において肝炎ウイルスに係る初回精密検査費用の助成を行うに当たり必要であるため、下記の者が貴機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて照会しますので、下記の回答欄に記入の上、返信して下さいますようお願いいたします。

なお、本照会に貴機関が回答することについては、本人の同意を得ています。

(注) 下記の者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、下記の者の職場等に照会しないで下さい。

記

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男女	年 月 日生
住所	〒 -		
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日

年 月 日

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課 担当者： _____

所在地： _____

電話番号： _____

<医療機関回答欄>

※ 以下のいずれかにチェックの上、返信して下さい。

上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認めます。

上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認められません。

年 月 日

医療機関名： _____

担当部署・担当者： _____

所在地： _____

電話番号： _____

委 任 状

受任者（請求者）

住 所

氏 名

印

私は、上記の者を代理人と定め、鹿児島県から受領する肝炎検査費用の請求及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者（対象者）

住 所

氏 名

印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。

別紙様式 4

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男 女	年 月 日 生
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
肝炎ウイルスマーカー	<p>該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性)</p>		
診 断	<p>該当する診断名にチェックしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
その他記載すべき事項			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>医師氏名 印</p>			

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名（フリガナ）

申請者氏名（フリガナ）

印