

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書

徳島県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記 載 年 月 日	年	月	日
(フリガナ)	印		
申 請 者 氏 名	(自署の場合は押印不要)		
性 別	男 ・ 女		
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日 (満 歳)
現 住 所	〒 -		
電 話 番 号	- -		

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者証番号 ()	
現 有 効 期 間	開始 年 月 日 終了 年 月 日

(担当医記載欄)

ふりがな

申請者_____ について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必要であると判断する。

記 載 年 月 日	年	月	日
医 療 機 関 名			
そ の 所 在 地	〒 -		
担 当 医 師	印 (自署の場合は押印不要)		

(注) なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注1)本申請書は、徳島県に申請してください。

2)延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。