**（別紙様式例１－７）**

|  |
| --- |
| **（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**  （申請者記載欄）  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。  ※　以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。  記載年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日  申請者氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　印  性　　　別　　　男　・　女  生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　（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、ご記入ください。  受給者番号（□□□□□□□）  現行有効期間（　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日）  （担当医記載欄）  　申請者（　　　　　　　　　　　　　：フリガナ　　　　　　　　　　　　）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　　〒　　　　　　　-  担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  （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。