

(副作用等延長用)

(様式第 1-6)

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(C)

令和 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

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。

申請者	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日 (満 歳)	
	住 所	〒	(電話)	

※ 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。

受給者番号							
現行有効期間	(開始)	年 月 日	～(終了)	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 令和 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、保健所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。

備考1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

2 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。

保健所等 記入欄	特記事項				受 付 印
	申請書	受給者証	押印確認 (申請者・担当医)	押印確認	