

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

山形県知事 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(インターフェロン)治療受給者証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、捺印してください。

記載年月日 令和 年 月 日

フリガナ

申請者氏名 ( \_\_\_\_\_ )

性 別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(満 歳)

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) -

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

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

現行有効期間(令和 年 月 日~令和 年 月 日)

(担当医記載欄)

フリガナ

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ヶ月までの延長)可能性があるため、肝炎(インターフェロン)治療受給者証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、副作用等の原因について、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、原則として現行有効期間が満了する前に、各保健所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ヶ月を限度とします。

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。

※ 肝炎(インターフェロン)治療受給者証を添付してください。