

(様式9)

(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

三重県知事 あて

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  
(フリガナ)  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
性別 男・女  
生年月日 年 月 日生(満 歳)  
現住所 (〒 - ) 三重県  
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、現行有効期間が終了する前に、保健所に申請してください。
- 注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。
- 注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。