

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

大分県知事 殿

私は、インターフェロン治療において、副作用等の要因により治療休止期間があり、当初の治療予定期間を超えるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※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 平成 年 月 日

申請者氏名(フリガナ) _____ () 印

性別 (男 ・ 女)

生年月日 大正・昭和・平成 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 ()

有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者(_____,フリガナ: _____)について、インターフェロン治療において、副作用等の要因により治療休止期間があり、当初の治療予定期間を超えるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長が必要であると判断する。

※以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。

当初治療予定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

既に治療を実施した
期間

治療休止期間

治療終了予定年月日 平成 年 月 日

治療休止の理由

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名
所在地(〒 -)

担当医師名

印

注1)本申請書は、県内の保健所又は県健康対策課に提出してください。

注2)延長は、現行の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。