

別記

第1号様式（第6関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（新規）													
申請者 （患者）	ふりがな 氏名							性別	男 女				
	生年月日	年 月 日						職業					
	住所	〒 (電話)											
	個人番号												
	加入 医療 保険	被保険者氏名						患者との 続柄					
保険種別		協・組・共・国・後					記号・番号						
保険者名													
所在地													
病名													
保険医療機関	名称							所在地					
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません												
インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。													
申請者（患者） 氏名													
年 月 日													
高知県知事様													
							受付印						

(注) 助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

添付書類 ①診断書 ②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し
③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの）④世帯全員の市町村民税課税証明書