

(副作用等延長用)

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

(申請者記入欄)

高知県知事 様

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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 11 の 3 の規定により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。

※以下の項目に全て記入の上、記載してください。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
申請者氏名 _____ 性別(男・女)

生年月日 _____ 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、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(担当医記入欄)

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 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。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 〒 _____

担当医師名 _____

(注) なお、副作用等の要因について、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 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市在住の方は、健康対策課)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
2 延長は、現行有効期間に引き続く 2 月を限度とします。
3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。