

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(72週投与用)

(申請者記載欄)

佐賀県知事 様

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロン)の有効期間延長を申請します。

※以下の項目をすべて確認のうえ、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名 (ふりがな)

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳)

現住所 〒 -

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、記入してください。

受給者番号

現行有効期間 年 月 日～ 年 月 日

- 注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に佐賀県へ申請してください。
- 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 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。
- 4) 裏面に診断書を作成した担当医に必要事項を記載してもらってください。

