

(様式第 1 2 号)

| 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週延長投与用）   |                  |              |              |     |
|---|------------------|--------------|--------------|-----|
| 申<br>請<br>者   | ふりがな<br>受給者氏名    |              | 性別           | 男 女 |
|   | 生年月日             | 年 月 日生（ 歳）   |              |     |
|   | 住 所              | 〒 (電話： )     |              |     |
|   | 認定済病名            |              | 認定済<br>受給者番号 |     |
|   | 現 行 の<br>有 効 期 間 | 年 月 日～ 年 月 日 |              |     |
| <p>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（インターフェロン治療）」の有効期間延長を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">栃木県知事 <span style="float: right;">様</span></p> |                  |              |              |     |

※助成期間の延長期間は、現行の有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。

※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、御注意ください。

※併せて、次の書類を持参してください。

1. 「72週延長投与についての医師の意見書」
2. 「現在の受給者証」