

(様式第14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（副作用等延長用）				
申請者	ふりがな 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 受給者番号	
	現行の有効期限	年 月 日～ 年 月 日		
治療中断の理由	1 インターフェロン治療の副作用による中断 2 認定疾患以外の他疾患に罹患したことによる中断 3 その他 []			
担当医師記載欄	申請者（ : フリガナ ）について、 インターフェロン投与期間において、上記要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、「肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）」の有効期間延長が必要であると判断する。			
※治療中断の理由が上記1、2の場合には記載してください。	治療中断期間（ 年 月 ～ 年 月） 記載年月日： 年 月 日 所在地： 医療機関名： 医師名： 印			
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、「肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）」の有効期間の延長を申請します。				
申請者 氏 名 印 年 月 日 栃木県知事 様				

※ 本申請書は、現行有効期間が終了する前に申請してください。

※ 助成期間の延長期間は、現行の有効期間に引き続く2か月を限度とします。

※ 副作用等の要因について、確認の連絡をさせていただくことがありますので、御了承ください。

※ 併せて、現在の受給者証を持参してください。

※ 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。