様式13

副作用等延長用

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書
（インターフェロン治療）

群馬県知事　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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

（申請者記載欄）

記載年月日　令和　　年　　月　　日

申請者氏名　　（ふりがな）

氏　　名

性　　別（　男　・　女　）

生年月日（大正･昭和･平成　　年　　月　　日生　（満　　歳））

現 住 所（〒　　－　　）

電話番号（　　－　　－　　）

※　お手持ちのインターフェロン受給者証を確認の上、ご記入下さい。

受給者番号　（□□□□□□□）

現行有効期間　（令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日）

（担当医記載欄）

申請者（　　：ふりがな　　）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か月までの延長）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。

記載年月日　令和　　年　　月　　日

医療機関名（　　）

医療機関　（〒　　－　　）

所 在 地

担当医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注1）　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御了承下さい。

注2）　現行有効期間が満了するおよそ1～2か月前に居住地の県保健福祉事務所（中核市については市保健所）にこの申請書を提出してください。

注3）　延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

注4）　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。

注5）　受給者証の有効期間は、原則として申請書の提出日の属する月の初日から起算しますので、申請の際は十分御注意ください。