

肝炎治療受給者証延長申請書 (インターフェロン副作用等延長用)			
受給者	ふりがな氏名		性別 男 女
	生年月日	年 月 日	
	住所	(〒 -) (電話)	
	受給者番号		
受給者証に記載された有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで	
副作用のため、治療の延長が必要な場合 (医師記入欄)		記載年月日： 年 月 日 申請者()について、インターフェロン投与期間において、()などの副作用により、当初の治療予定期間をわずかに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(最大2か月までの延長)が必要であると判断する。 医療機関名及び所在地 担当医師氏名： _____ 印	
副作用以外における事由のため、治療の延長が必要な場合 (本人記入欄)		(休薬期間： 年 月 ~ 年 月)	
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わずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。 申請者氏名 _____ 印 年 月 日 長崎県知事 _____ 様			

- 注1) 助成期間の延長に係る申請は、助成期間が満了する概ね2か月前までに現在お持ちの受給者証の写しを添付して県へ申請してください。
- 注2) 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3) 記入漏れがある場合などは、有効期間の延長が認定されないことがあります。
- 注4) なお、副作用等の要因については、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。