（別紙様式第１１号の２）

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

（申請者記載欄）

島根県知事　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わずかに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）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名してください.

記載年月日　　年　　月　　日
（フリガナ）　　（　　）
申請者氏名
性　　別　　（ 男 ・ 女 ）
生年月日　　年　　月　　日生 （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、記入ください。
受給者番号
現行有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

（担当医記載欄）
申請者について、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わずかに超える（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。

（注）なお、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ご了承下さい。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名及びその所在地

担当医師名

注意
（１）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
（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。
（３）記入漏れがある場合などは、認定をされないことがありますのでご注意ください。