

(様式第7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

		受給者番号					
申請内容		治療期間延長					
申請者	ふりがな				性別	1 男 2 女	
	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所	(〒 -)			住所コード		
	電話番号	() -			職業		
病名		1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）					
受給者証の有効期間		年 月 日から			年 月 日まで		
副作用等による治療の中断期間（予定）		年 月 日から (インターフェロン治療の中断期間：)			年 月 日まで 週間)		
治療終了予定日		年 月 日					
<p>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）の有効期間延長を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>福井県知事 様</p>							

添付書類

①医師の診断書 ②受給者証

受付保健所名	1 福井 2 坂井 3 奥越 4 丹南 5 二州 6 若狭 7 福井市
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで