第７号様式（第９関係）

 　　　年　 　月　 　日

青森県知事 　　　　 殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電 話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間（　　 年　 月　 日～　　 年　 月　 日）

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書（副作用等用）

 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。

|  |
| --- |
| （医師記載欄） 次の患者は、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一時休薬期間が生じ、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。 患者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　 月　 日　　　　　　　　 医療機関名 所 在 地 担当医師名　(記名・押印または署名) 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注 副作用等の要因について、確認をさせていただくことがありますので御了承ください。  |

注 延長は、現行有効期間に引き続く２か月を限度とします。