

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。