

(副作用等延長用)

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)

香川県知事 殿

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。

※ 以下の項目全てに記入の上、署名してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名 (フリガナ) _____ ()

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、記入してください。

受給者番号 (□□□□□□□□)

現行有効期間 (開始: 年 月 日~終了: 年 月 日)

<情報提供の同意について>

公費負担 (肝炎治療特別促進事業) によって受けた肝疾患治療に係る治療経過及び結果について、必要に応じて、香川県が診断書作成医療機関から情報収集するとともに厚生労働省等へ情報提供し、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて、

(いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません

(担当医記載欄)

申請者 (_____ : フリガナ _____) 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。

記載年月日 年 月 日

医療機関名

その所在地 〒 -

担当医師名

(注) なお、副作用等の要因について、都道府県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。

注1) 本申請書は、香川県に申請してください。

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) 記入漏れなどがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。