

肝炎治療費助成事業変更交付申請書

年 月 日

茨城県

保健所長 殿

〒

□□□-□□□□

申請者
住 所

氏 名

(受給者との続柄：)

電 話

下記の者については、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。

記

公費負担者 番 号				受給者 番 号		
氏 名		性別	男 女	生年 月 日	年 月 日	生
現行有効期間	自 至	年	月	日	年	月 日

*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、記入下さい。

注1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に保健所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月を限度とします。

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

< 担当医記載欄 >

受給者（ _____、ふりがな： _____ ）

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ヶ月までの延長）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。

*以下の項目すべてに記入の上、捺印してください。

記載年月日 年 月 日

所在地 〒

医療機関名 (_____)

担当医師名 (_____) ※署名又は記名押印

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ください。