

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	フリガナ			性別	男・女	
	氏名					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生（満	歳）
	現住所	(電話)				
	受給者番号	□ □ □ □ □ □ □				
	現行の有効期間	年 月 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、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">和歌山県知事 様</p>						

（担当医記載欄）

申請者（ ）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、和歌山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、住所地を所管する保健所を経由して、和歌山県に申請してください。

注2. 本申請書による延長は、現行有効期間に引き続く2か月が限度です。

注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。

注4. 認定された場合は、有効期間2か月を限度とする新たな受給者証を交付します。