

様式第5号の3 (第6条の2関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

(表)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (2か月延長用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 - )

申請者 氏 名 ㊟

電話番号 ( ) -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、インターフェロン投与期間において、以下の要因により、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の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
期間延長を必要とする要因	1 重大な副作用の発生による治療中断のため 2 他の疾患の罹患による治療中断のため 3 その他申請者の責に帰することのできない事由による治療中断のため  ( )							

(注)

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

(裏)

(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。

※署名又は記名押印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 ((〒 - ) )

担当医師名 ( ) 印

電話番号 (( ) - )

(注) なお、副作用等の要因について、静岡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。