

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（A）

申請者記載欄

岡山県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関して、医師から十分説明を受け、同意しましたので、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。

◎以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。

住 所	市 町・村
連 絡 先	— —
生年月日・性別	年 月 日（満 歳）（男・女）
受給者番号	
現行有効期間	開始： 年 月 日～終了： 年 月 日
申請年月日	年 月 日
申請者氏名	署名（ ） ㊟

注1）現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所へ申請してください。

2）延長期間は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡

（裏面に続く）

