

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（B）

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	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						
記載年月日	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2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）

