

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

（申請者記載欄）

鹿児島県知事 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、当初治療予定期間を超える可能性があるため、有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名してください。

記載年月日	年 月 日
(フリガナ) 申請者氏名	()
性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)
現 住 所	〒 -
電話番号	() - -
※お手持ちのインターフェロン受給者証を確認の上、記入ください。	
受給者番号	
現行有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
延長理由	・副作用 ・その他

（担当医記載欄）

申請者（ :フリガナ)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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※以下の項目にすべて記入の上、署名してください。

記載年月日	年 月 日
医療機関名	
所 在 地	〒 -
担当医師名	
中 断 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
テラプレビルを含む3剤併用療法の 場合チェック必要	<input type="checkbox"/> 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

（注）なお、副作用等の要因について、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、原則として有効期間終了前までに鹿児島県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ヶ月を限度とします。
 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。