（別紙様式１１の２）

# 肝炎治療受給者証有効期間延長申請書（副作用等延長用）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | | | | |
| 受給者 | 住　所 | 〒（　　-　　）　（電話番号　　）<br>熊本県　　市・郡　　区・町・村 | | | |
| | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| | 氏　名 | | | | |
| 受給者証有効期間 | | 年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで | | | |
| 指定医療機関名（診断書作成医療機関名） | | | | | |

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用）の有効期間延長を申請します。

年　　月　　日

熊本県知事　様

○ 延長は、現行有効期間に引き続く２ヵ月を限度とします。
○ 下の「担当医記載欄」は指定医療機関（診断書作成医療機関）の医師が記載してください。
○ 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。
○ 副作用による休薬等やむを得ない理由以外の理由による延長は対象となりません。

（指定医療機関の担当医記載欄）

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ヵ月までの延長）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用）の有効期間延長が必要と判断する。

（治療休止の理由：　　）

※　以下の確認事項をすべて確認の上、署名又は記名してください。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名

その所在地　（〒　　-　　：　　）

担当医師氏名　（　　）

※　意見書の作成は、県が指定する診断書作成医に限ります。
※　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、御了承ください。