

(様式第 1 2 号)

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（72週延長投与用）				
申	ふりがな 受給者氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		
請	住 所	〒 (電話：)		
	認定済病名		認定済 受給者番号	
者	現 行 の 有 効 期 間	年 月 日～ 年 月 日		

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、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。

申請者 氏 名

年 月 日

栃木県知事 様

※助成期間の延長期間は、現行の有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。

※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、御注意ください。

※併せて、次の書類を持参してください。

1. 「72週延長投与についての医師の意見書」
2. 「現在の受給者証」