

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）				
受給者	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日（満 歳）	職業	
	住所	〒 (電話)		
受給者番号				
受給者証に記載された助成期間		自 年 月 日	至 年 月 日	
治療中断期間		年 月 日	年 月 日	
再開後の投与期間		年 月 日	年 月 日	
助成期間延長理由		<p>※ 治療中断となった理由について、具体的に記入してください。（検査所見・併存疾患等）</p> <p>※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っている必要があります。</p> <p><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。</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>医療機関住所 : _____</p> <p>医師氏名 : _____</p>		
<p>上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">福岡県知事 殿</p>				

※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事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。

※4) 副作用等の要因について、福岡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。