

肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書

神奈川県知事 殿

年 月 日

受給者氏名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

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）の有効期間延長を申請します。

※助成期間（受給者証に記載されている有効期間を記入してください）

年 月 日 ～ 年 月 日

医師記載欄

上記受給者について、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、肝炎治療受給者証（インターフェロン）の有効期間延長が必要であると判断する。

変更後の治療予定期間 年 月 日 ～ 年 月 日

記載年月日 年 月 日

担当医師

医療機関住所

医療機関名称

氏 名
