

青森県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

印(記名・押印または署名)

受給者との続柄

電 話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書（副作用等用）

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

（医師記載欄）

次の患者は、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一時休薬期間が生じ、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。

※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ることを要します。

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。

患者氏名 _____

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印

注 副作用等の要因について、確認をさせていただくことがありますので御了承ください。

注 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。