

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（B）

申請者記載欄

岡山県知事 殿

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）の有効期間延長を申請します。

◎以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください。

住 所	市 町・村						
連 絡 先	— —						
生年月日	年 月 日（満 歳）（男・女）						
受給者番号							
現行有効期間	開始： 年 月 日～終了： 年 月 日						
記載年月日	年 月 日						
申請者氏名	署名（ ）						

注1）現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所へ申請してください。

2）延長期間は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

3）受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。

（裏面に続く）

