（様式１－５）

（７２週投与用）

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

（申請者記載欄）

香川県知事　殿

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。

※　以下の項目全てに記入の上、署名してください。

記載年月日　　年　　月　　日
申請者氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）
性　　別　　男　・　女
生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）
現 住 所　　〒　　－

電話番号　　（　　）

※　お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号（□□□□□□□）
現行有効期間（開始：　　年　　月　　日 ～ 終了：　　年　　月　　日）

＜情報提供の同意について＞
公費負担（肝炎治療特別促進事業）によって受けた肝疾患治療に係る治療経過及び結果について、必要に応じて、香川県が診断書作成医療機関から情報収集するとともに厚生労働省等へ情報提供し、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて、
（いずれかに○をお願いします。）　　同意します　　同意しません

注１）本申請書は、香川県に申請してください。
２）延長は、現行有効期間に引き続く６か月を限度とします。
３）記入漏れなどがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。