

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間変更申請書

岐阜県知事 様

私は、岐阜県肝炎治療特別促進事業における対象医療の範囲において、当初の申請時の治療予定期間を超えるインターフェロン治療を必要とするため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間変更を申請します。

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)
申請者氏名 _____ (代理申請の場合は受給者との続柄 _____)

(申請者記載欄)

受給者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生		
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	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
現行有効期間	開始	年 月 日	終了	年 月 日								

(担当医師記載欄)

対象患者 () について、岐阜県肝炎治療特別促進事業における対象医療の範囲において、当初の申請時の治療予定期間を超えるインターフェロン治療が必要と判断する。

※ 治療予定期間の変更に伴う肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間変更は、当初の受給者証の有効期間の始期から1か年を限度とします。なお、24週を超えて行うテラプレビルを含む3剤併用療法や少量長期投与など、肝炎治療特別促進事業の対象医療に該当しないものは認められません。

※ ペグインターフェロン、リバビリン併用療法の72週投与に係る有効期間延長については、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(A)(様式第1-3)をご記入ください。

治療予定期間変更の内容

[_____]

記載年月日 年 月 日
医療機関名 ()
所在地 (〒 _____)
担当医師名 ()

(注) なお、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。

- 注 1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所・センターに申請してください。
2) 有効期間の変更は、現行有効期間の始期から1か年を限度とします。
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) お手持ちの受給者証の写しを添付してください。

※ 保健所使用欄 (申請者は記入しないでください)
特記事項等

※ 審査欄 (申請者は記入しないでください)
階層区分 甲 ・ 乙