

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請書			
対象患者(受給者)	ふりがな		性別 男・女
	氏名		
	生年月日	年 月 日 生	
	住所	〒 - (電話 - -)	
	加入医療保険種別	国保・協会けんぽ・後期高齢者・組合・共済・船員・その他 ()	
病名			
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし ↳ 受給者番号() 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
受療医療機関・薬局	名称		
	所在地		
	名称		
	所在地		
インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付を申請します。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 年 月 日 申請者氏名 (代理申請の場合は受給者との続柄) </div>			
岐 阜 県 知 事 様			

※ 本事業において助成を受けることができるのは、認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

※ 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	除外申請 有 ・ 無

※ 審査欄 (申請者は記入しないでください)	
階層区分	甲 ・ 乙