

(様式 1 - 1)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書						
申 請 者	氏 名				性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 平・令                      年                      月                      日			年 齢	
	住 所	(〒                      ) (電話番号                      )				
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			受給者との 続                      柄	
		記 号 ・ 番 号				
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				
	病 名	B型慢性肝炎 ・ C型慢性肝炎 ・ C型代償性肝硬変				
保険医療機関・薬局の 名 称						
所 在 地						
保険医療機関・薬局の 名 称						
所 在 地						
保険医療機関・薬局の 名 称						
所 在 地						
上記以外に追加する医 療機関又は保険薬局						
情 報 提供の 同意欄	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					
インターフェロン治療の効果・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（インターフェロン治療）の交付を申請します。  年                      月                      日                      申請者氏名  保護者名  (未成年者の場合は保護者も署名してください。)  香川県知事                      殿						

(注) 助成を受けることができるのは、別添1の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ご相談してください。