（様式１－５）

**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）

**(７２週投与用)**

＜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。