

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

鳥取県 総合事務所長  
鳥取市保健所長 様

私は、インターフェロン投与期間を、48週（1年間）を超えて最大72週（計1年6か月）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、肝炎治療受給者証の有効期間の6か月延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

記載年月日 年 月 日

申請者

現住所（〒 - ）

氏名 印（直筆の場合は、押印省略可）

電話番号（ ） 性別（男・女）  
生年月日（ 年 月 日生（満 歳））

※以下、お手持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、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）

- 注1) 延長は、現行有効期間に引き続く、6か月を限度とします。  
2) 裏面（担当医記載欄）について、担当医に記載を依頼してください。  
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) 本申請書のお問合せ及び提出の窓口は次の事務所です。  
鳥取市保健所 0857-22-5694  
鳥取県中部総合事務所福祉保健局（倉吉保健所）0858-23-3145  
〃 西部総合事務所福祉保健局（米子保健所）0859-31-9317

