

(有効期間変更用)

(様式第 1-7)

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)有効期間変更申立書

令和 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)については、先に承認・交付をされているところですが、下記の理由により先に予定していた期間を変更して治療を実施することとなりましたので、受給者証有効期間について、次のとおり承認くださいますようお願いいたします。

受給者番号

承認済期間

(開始) 年 月 日～(終了) 年 月 日

※ 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。

変更後期間

(開始)令和 年 月 日～(終了)令和 年 月 日

変更理由

上記のとおり申し立てます。

令和 年 月 日

申請者 住 所 :

氏 名 :

印

令和 年 月 日

医療機関 住 所 :

氏 名 :

医師氏名 :

印

保健所等
記入欄

添付書類 : 受給者証
特記事項

受 付 印

申請書

受給者証

押印確認
(申請者・担当医)