

B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成

助成期間延長申請書 兼 診断書

手書き修正例

申請書（申請者が記入してください。）

B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成制度について、私は、副作用等の要因により、治療中断期間が生じ、当初の治療予定期間を超えるため、下記のとおり、助成期間について2か月の延長を申請します。

年 月 日

東京都知事 殿

【申請者】

受給者番号				
フリガナ			性別	生年月日
氏名	姓	名	男・女	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号 (            -            )			
	電話番号 (            )			
現行有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

診断書（肝臓専門医が記入してください。）

上記申請者について、ウイルス肝炎のインターフェロン投与期間中、副作用等の本人に帰責性のない要因により、以下のとおり治療を中断しました。

文字の上に線を引いて消してください。

【治療中断期間】

【主な中断理由】

※申請者が受けている治療がペグインターフェロン、ソラシド及びシメプレビル3剤併用療法の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

~~シメプレビル12週投与完了後のペグインターフェロン、ソラシド併用療法の休止であり、再開後の治療にはシメプレビルを含まない。~~

肝臓専門医療機関名 及び 所在地

年 月 日

肝臓専門医 氏名

㊞

(注) 1 この申請書は、助成期間が満了する概ね1か月前までに、東京都へ提出してください。

2 延長は、認定期間に引き続く2か月を限度とします。

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御注意ください。