別紙様式4

（副作用等延長用）

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票有効期間延長申請書

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者　住 所

氏 名

受給者との続柄

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票の有効期間延長を申請します。

| 区分 | ※※通知番号 | | |