様式第１－８

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請書

対象患者（受給者）	ふりがな			性　別	男　・　女
	氏　名				
	生年月日	年　　月　　日　生			
	住　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）			
	加入医療保険種別	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後・その他（　　）	記号・番号	
		保険者名			
		所在地			
病　名					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）			
受療医療機関・薬局	名　称				
	所在地				
	名　称				
	所在地				

インターフェロンフリー治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名

（代理申請の場合は受給者との続柄　　）

岐阜県知事　　様

※　本事業において助成を受けることができるのは、認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

※　保健所使用欄　（申請者は記入しないでください）
特記事項等　　除外申請　　有　・　無

※　審査欄　（申請者は記入しないでください）
階層区分　　甲　・　乙