（別紙様式１－１）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　） 交付申請書		
申請者（医療の給付を受けようとする者）	ふりがな 氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　　所	〒 （電話　　）
病　　名		
本助成制度利用歴	１．あり　　２．なし 参加者証番号（　　） 有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）	
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を １．受けている ２．受けていない （交付を受けている場合は、申請月以前の 24 ヶ月以内の「肝炎治療自己負担上限額管理票」の写しを添付すること）	

愛媛県知事　様

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（　新規 ・ 更新　）交付を申請します。

年　　月　　日

申請者（患者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

□申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

代理人氏名	（申請者（患者）との続柄：　　）
住所	〒
電話番号	

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、参加者証を交付している都道府県知事に、変更箇所を変更届出書に記載し、参加者証及び変更箇所について確認できる関係書類を添えて提出すること。