

(様式第6-1号)

肝炎治療受給者資格変更申請書

年 月 日

栃木県知事

様

住所  
申請者  
氏名

下記のとおり変更になりましたので申請します。

公費負担医療 の受給者番号								受給者氏名	
変更年月日	※この欄は記入しないでください。 年 月 日から変更								
変更 内容	変更事項	変 更 後							
	世帯の市町 村民税額 (所得割)	円							

※欄は記入しないでください。

※以下の書類を持参してください。

- 1 住民票謄本
- 2 世帯全員の市町村民税額を証明する書類
- 3 現在お持ちの受給者証
- 4 市町村民税額世帯合算対象除外申告書等 (該当者のみ)