

(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

印

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)