

肝炎治療費助成事業変更交付申請書

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

【申請者】
 (〒 -)
 住 所
 氏 名
 (受給者との続柄：)
 電 話 () -

下記のとおり変更（追加）になりますので申請します。

記

受 給 者 番 号		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	
変 更 内 容	変 更 事 項	1 氏名 2 住所 3 医療保険 4 医療機関 (1. 転医 2. 追加) 5 その他 (①世帯の変更 ②期間延長)		
	添 付 書 類	変 更 事 項 番 号		
		1	世帯全員の内容が記載されている住民票及び医療保険の資格情報が確認できる資料	
		2	世帯全員の内容が記載されている住民票	
		3	医療保険の資格情報が確認できる資料	
		4	特になし	
	5	変更内容を確認できる書類 (例) ①世帯の変更の場合 世帯全員の内容が記載されている住民票及び申請者と同一世帯に属する市町村民税の課税年額を証明する書類 ②期間延長の場合 医師の意見書等		
	新			
	旧			
	変 更 日	年 月 日から		
備考				

注) 1 変更内容欄の1～5の該当する番号に○印してください。
 2 現在お持ちの治療受給者証及び管理手帳を添付して保健所に提出してください。