様式第１３号（第１１関係）

肝炎治療対象患者変更届出書

年　　月　　日

広島県知事様

　次のとおり変更があったので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　－電話番号　（　　　　　）携帯番号　（　　　　　） |
| 変更事項 | １　氏名　　２　住所　　３　加入医療保険４　市町民税（所得割）課税年額　　５　受給者証の有効期間 |
| （変更前） |
| （変更後） |
| 備考 |  |

※１　氏名，住所，市町民税（所得割）課税年額，又は受給者証の有効期間の変更の場合は，肝炎治療受給者証の原本を添付すること。

２　氏名の変更の場合は，戸籍謄本（抄本）又は変更事項が分かる運転免許証のコピーを添付すること。

３　住所の変更の場合は，申請者の記載のある住民票の写し（コピーは不可。発行日から概ね３か月以内のもの）を添付すること。

４　加入医療保険が変更となるときは，被保険者証等のコピーを添付すること。

５　市町民税（所得割）課税年額が変更となるときは，次の書類を添付すること。

（１）申請者及び申請者と同一世帯に属する全ての者の記載のある住民票の写し（コピーは不可。発行日から概ね３か月以内のもの）

（２）変更後の申請者及び申請者と同一世帯に属する義務教育を終えた全ての者の市町民税（所得割）課税年額の証明書（コピーは不可）