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 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　）　　　 　-　　　　　　　　□本人・□関係者　　　　　　　※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |
| 変更事項 | １ 氏名　２ 住所　３ 市町民税（所得割）課税年額 ４ 受給者証の有効期間 |
| （変更前） |
| （変更後） |
| 備考 |  |

〇 本申請については、以下の書類を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請項目 | 必要書類 |
| １ 氏名 | □ 受給者証（原本）□ 戸籍全部（個人）事項証明書(戸籍謄本または抄本)、または変更事項が分かる運転免許証のコピー |
| ２ 住所 | □ 受給者証（原本）□ 申請者の記載のある住民票の写し（原本）※発行から概ね３ヶ月以内のもの※受給者証有効期間内の転居履歴の分かるもの（通常の発行では同一区内の転居履歴および複数回の転居履歴は省略される場合があるため、『転居履歴入り』である旨を区役所窓口にて申告すること。） |
| ３ 市町民税（所得割）課税年額※合算除外申告を希望する場合は、本様式と合わせて様式第１－２号も提出のこと | □ 受給者証（原本）【個人番号を用いて申請を行う者】□ 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（個人番号のあるものを推奨。コピーは不可。発行日から概ね３か月以内のもの）および、個人番号提供に係る同意書【個人番号を用いず申請を行う者】□ 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）□ 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）　  |
| ４ 受給者証の有効期間 | □ 受給者証（原本） |