

(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 現在お持ちの受給者証
【マイナンバーを利用する場合】
- 3 世帯員調査書兼同意書
【マイナンバーを利用しない場合】
- 4 世帯全員の市町村民税額を証明する書類
- 5 市町村民税額世帯合算対象除外申告書等（該当者のみ）