

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

下記の除外申請者については、申請者本人との関係において、配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外することを申請します。

記

公費負担者 番 号※				受給者 番号※		
氏 名		性別	男 女	生年 月 日	年 月 日	生
除外申請者氏名 (受給者との続柄)	()			()		
	()			()		
	()			()		
	()			()		
*保健所 記入欄	世帯全員の市町 村民税 (所得割) 課税年額	氏名	課税年額	階層区分	自己負担限度額	
				甲	10、000円	
				乙	20、000円	

*保健所記入欄は記入しないでください。

- 注) 1 ※の欄は、肝炎治療受給者証に記載の番号を記入してください。
2 現在お持ちの肝炎治療受給者証及び健康支援手帳を添付して保健所に提出してください。