

(様式第5号)

肝炎治療受給者証自己負担限度額変更申請書

		受給者番号												
申請内容		自己負担限度額変更												
申請者	ふりがな							性別	1 男		2 女			
	氏名							生年月日			年	月	日	
	住所	(〒 -)						住所コード						
	電話番号	() -						職業						
病名		1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 4 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 5 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 6 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)												
自己負担限度額 (現在)		1. 20,000円 2. 10,000円												
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで												
世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額の変更がありましたので、肝炎治療受給者証自己負担限度額の変更を申請します。 年 月 日 申請者氏名 福井県知事 様														

添付書類

①受給者証 ②住民票の写し ③市町村民税の課税年額の証明書

受付保健所名	1 福井 2 坂井 3 奥越 4 丹南 5 二州 6 若狭 7 福井市
自己負担限度額	1. 20,000円 2. 10,000円
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで