

肝炎治療特別促進事業承認事項変更申請書

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者 住所  
氏名 印

(続柄: )

次のとおり、肝炎治療特別促進事業承認事項の変更を申請します。

受給者 番号	インターフェロン・イ ンターフェロンフリー 治療								
	核酸アナログ製 剤治療								
患者氏名				生年 月日	年 月 日				

変更事項 ( 1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険 4. 自己負担限度額・階層 5. その他 )  
1から5の該当する番号に○をつけてください。

変更年月日 年 月 日から

項 目	変 更 前	変 更 後	添付書類
フリガナ 氏 名			受給者証 住民票 の写し
住 所	〒 (TEL )	〒 (TEL )	受給者証 住民票 の写し
加入医療保険			保険証 の写し
自己負担限度額・階層			※注 参照
保険医療機関等			
その他			

※注 変更事項が4 (自己負担限度額・階層) の場合は、受給者証、様式5-2及び住民票謄本及び世帯全員の市町村民税 (所得割) 課税年額を証明する書類を添付してください。