様式8

B型・C型肝炎患者医療給付事業所得状況変更申請書

愛 知 県 知 事 殿

申 請 者
〒
住 所

氏 名

記

区分	※※受給者番号	※※通知番号	令和 年 月 日
3		感対第 －	申請日

申請者シメイ			対象者との続柄			電話番号							
対象者	フリガナ		治療（申請）内容		病名等		生年月日				性別
	氏 名						1 2 3 4 5 明 大 昭 平 令	年	月	日	1 2 男 女
	フリガナ										
	住 所（県名は除く）	市区町村名		番地							
		方書（マンション名）									
	郵便番号	－	事業申請期間	5 令和	年	月	日 ～	5 令和	年	月	日	職業	
受療医療機関	名 称					医療機関コード番号							
	所在地												
階層区分	1 甲（市町村民税課税年額 235,000円以上）	2 乙（同左 235,000円未満）											
非課税等	1（除外対象者無し及び市町村民税非課税）	2（除外対象者無し及び市町村民税課税）	3（除外対象者有りかつ市町村民税非課税）	4（除外対象者有り及び市町村民税課税）									
変更の事由	変更する項目全てに○を印してください。 1 世帯　　2 階層区分 変更の理由を具体的にご記入ください。（例 結婚、離婚による世帯の変更）												

＊市町村民税額合算対象除外希望者がいる場合は、別途（裏面）申告してください。（詳細は裏面をごらんください。）

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号	※ 経由印・経由年月日	※※ 県 受 付 印
	保第 －		
	保健所コード番号	令和 年 月 日	

◎記入される前に必ず案内をお読みください。