

肝炎治療受給者証申請・承認事項(階層区分)変更申請書

年 月 日

保健所長

住 所

申請者

氏 名

印 (続柄:)

下記のとおり、肝炎治療受給者証承認事項の自己負担限度額に係る階層区分の変更を申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
生年月日	年 月 日						
世帯の市町村民税(所得割)課税年額				円			
市町村民税(所得割)に係る階層区分(自己負担限度額)	変更前	(235,000円以上) 階層区分 甲 (自己負担限度額2万円)		(235,000円未満) 階層区分 乙 (自己負担限度額1万円)			
	変更後	(235,000円以上) 階層区分 甲 (自己負担限度額2万円)		(235,000円未満) 階層区分 乙 (自己負担限度額1万円)			

※ 注意事項

1. 課税額の変更の場合は、世帯の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類を添付してください。
2. 世帯(家族構成)の変更の場合は、変更後の住民票の写しを添付してください。
3. 世帯において、配偶者以外の者で、受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、世帯の市町村民税課税額の合算対象から除外することが出来ますので、「市町村民税額合算対象除外希望申請書」(様式第1号の1)と合わせて提出してください。