（様式第８号）

**肝炎治療受給者資格変更届出書**

　　　　年　　月　　日

　愛媛県知事　様

　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　受給者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |
| 受給者氏　名 |  | 受 給 者生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 変　更　内　容 | ①氏名　②住所　③医療保険の種類　④医療機関（追加・変更）　⑤世帯の市町村民税年額区分 |
| 番号 | 新 | 旧 | 変更年月日 |
|  |  |  | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 |
|  |  |  | 年　月　日 |
| 備考 |

注意事項

１　受給者証の裏面「注意事項」に基づき提出するものです。

２　変更内容に該当する番号①～⑤を番号欄に記入し、新旧事項と変更年月日を記入してください。

３　変更内容を証明する書類（住民票の写し、医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等、市町村民税所得課税証明書、世帯調書兼同意書　等）を添付してください。

４　医療機関を追加・変更した場合は、所在地と名称を記入してください。

５　この届を提出するときは、受給者証を添付してください。