

(様式第 10 号)

肝炎治療受給者証再交付申請書（自己負担額変更）						
受給者	ふりがな 氏 名					
	生年月日	年	月	日	生（歳）	
	受給者番号	●	●	●	●	●
	住 所	（〒 - ） （電話 ）				
	有効期間	年	月	日から	年	月
市町村民税（所得割） 課税年額の減少によるもの ※世帯全員分の合算額を記載すること。	変 更 前		変 更 後			
	（年度分）		（年度分）			
	円		円			
住民票上の世帯構成 の変化によるもの	転出、異動等のあった者の氏名					
	・ ・ ・ ・ ・					
上記理由により、月額自己負担限度額の変更を申請します。						
年 月 日						
氏 名 印						
(直筆の場合は、押印省略可)						
鳥取県 総合事務所長 鳥取市保健所長 様						

※添付資料として、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し及び市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類を添付すること。