（様式５）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肝炎治療等受給資格変更申請書 | | | | | |
| 受給者番号 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 生年月日 |  | 年　　　　　月　　　　　日 | | 性　別 | 男　・　女 |
| 居住地 |  | | | | |
| 変更事項 | □　　氏　名  □　　居住地  □　　加入している医療保険  □　　医療機関  □　　自己負担額の変更 | | 変更しようとする項目に  レ点をしてください | | |
| 変更前 |  | | | | |
| 変更後 |  | | | | |
| 変更年月日 | 年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | |
| 上記により、肝炎治療受給者証の記載事項の変更をしたいので、申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名  　　香川県知事　　殿 | | | | | |
| 県事務処理欄   |  |  | | --- | --- | | 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | | 決裁年月日 | 年　　　月　　　日 | | 書換え交付年月日 | 年　　　月　　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 決  裁 |  |  |  |  |  |  | 担当 | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |