（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 |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |