

別紙様式6(第12)

肝炎抗ウイルス治療自己負担限度額変更申請書				
申 請 者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年月日	職業	
	住所	〒 — TEL ()		
受給者番号				
変更内容				
項目	変更前	変更後		
自己負担限度額	円	円		
自己負担限度額の変更を申請します。				
申請者氏名 (自署) 年　月　日				
奈良県知事 殿				

※ 変更内容が確認できる次の書類を添付してください。

- 1 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
- 2 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規程による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。)の課税年額を証明する書類

※ 鉛筆や消せるボールペン(フリクションボール等)で記入された書類での申請は受理できません。

※ 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しできません。

控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し(コピー等)をご準備ください。