

肝炎治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 ー)

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第 6 条第 2 項の規定により、下記のとおり申請します。

受給者	受給者番号		
	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女
			生年月日	年 月 日生 (満 才)
住所	(〒 ー)	(電話 ー ー)		
	宮城県	市・郡	区・町・村	
	(マンション・アパート名, 室番号:)			

変更を希望する事由

※該当する事由の番号に○を付けてください。ただし、1 の場合には、併せて必要事項を記入してください。

1 世帯の市町村民税課税年額の合算対象からの除外によるもの

下記の者については、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

世帯除外を希望する構成員	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	

2 課税額の変更によるもの

摘要	
----	--

世 帯 調 書

世帯構成員名	受給者との続柄	満年齢	職業	市町村民税（所得割） 課税年額	備考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
			合計	円	

(参考)

階層区分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

(注) 以下の書類を添付してください。

- 1 受給者証
- 2 受給者及び受給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
- 3 受給者及び受給者と同一の世帯に属する者の市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類
- 4 受給者等と扶養の関係にない者がいるときは、これを証明する書類（月額自己負担限度額の変更において、受給者等と扶養の関係のない者の市町村民税（所得割）課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。）