

〈様式5〉

肝炎治療費助成開始月変更申請書

鹿児島県知事 殿

(申請者記載欄)

私は、肝炎治療に関して、 年 月より治療を開始しますので、

(あてはまる方に○をつけてください。※1は受給者証交付前の方、2は受給者証交付後の方)

1. 診断書の治療予定開始月 を変更して下さるようお願いします。
2. 受給者証の有効期間

※以下の項目に記入の上、署名してください。

記載年月日	
申請者氏名	
現住所	
受給者番号(2の場合のみ)	

(担当医記載欄)

上記患者の肝炎治療について、下記のとおり変更して下さるようお願いします。

※以下の項目に記入の上、署名してください。

記載年月日		
医療機関名		
所在地		
担当医師名		
※1, 2のうち変更する方の期間を記入してください。		
1 治療予定期間	変更前	年 月 ~ 年 月
	変更後	年 月 ~ 年 月
2 受給者証有効期間	変更前	年 月 ~ 年 月
	変更後	年 月 ~ 年 月