

世帯階層区分再認定申請書	
公費負担者番号	受療者氏名
受給者番号	
扶養義務者	
扶養義務者住所	
交付年月日	
指定医療機関名	
医療券の有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで
現行の階層区分	
変更理由	1 前年分の所得税額及び前年度分の市町村民税額が判明したため 2 生活保護を受給したため (受給期間 年 月 日から 年 月 日まで) 3 その他
上記のとおり、医療の徴収額を変更したいので別紙必要書類を添えて変更申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住所 申請者 氏名 (自署もしくは記名押印) </div> <div style="text-align: center;"> 能代市長 様 </div>	

- ※添付書類：(1)養育医療券
 (2)世帯調書
 (3)所得税額及び市町村民税額を証明する書類
 (4)その他市長が必要と認める書類