

福祉医療 送付先 変更 変更解除 申請書 子 障 母 精 福

受給者番号			
受給者氏名			
生年月日	年	月	日
現住所	〒 ー 瀬戸市		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 ー		
方 書			
フリガナ			受給者との続柄
郵便物受取人	様		
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 ( ) ー		
申請理由	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 成年後見人を受取人とするため（証明書添付） <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）		
過去の福祉医療に関する送付先	<input type="checkbox"/> 過去に所有していた福祉医療に関する通知等の送付先について、申請日以降、上記送付先住所に変更します。		

上記のとおり送付先の変更を申請します。  
 送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、瀬戸市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この申請に関するすべての責は申請者により負います。

(宛先) 瀬 戸 市 長 年 月 日

申請者  
(記入者) \_\_\_\_\_ 住 所  
 \_\_\_\_\_ 氏 名  
 \_\_\_\_\_ 受給者との続柄  
 \_\_\_\_\_ 電 話  
 \_\_\_\_\_

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他( )			
	健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳 クレジットカード・社員証・その他( )			
受付担当者		入力日		解除入力日