

福祉医療 送付先 変更 申請書  
 変更解除 子 障 母 精 福

受給者番号		性 別
受給者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 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・外国人登録証明書・身体障害者手帳 その他( )	
	保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給者証・キャッシュカード・預金通帳 クレジットカード・社員証、診察券 その他( )	
受付担当者	入力日	解除入力日