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		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	〒　　－ 瀬戸市		
送付先住所	□　送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒　　－		
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　（　　）　　－		
申 請 理 由	□ 入院中　□ 施設入所中　□ 成年後見人を受取人とするため（証明書添付） □ 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	□　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	

R 3.4