

福祉医療助成 送付先異動申請書

羽曳野市長 様

医療助成に関する郵便物すべてを、下記の送付先住所宛に送付することを申請します。
また、今後送付先を異動するときは、必ず再度申請書を提出します。

申請年月日	令和 6年 4月 1日	対象医療	子ども・ひとり親・障害
申請者氏名	白鳥 花子		受給者から見た続柄 本人
申請者住所	〒 583 - 8585 羽曳野市誉田4-1-1		本人がご記入される場合は、本人と記入。
	名称・方書き等 電話番号 072 - 958 - XXXX		

受給者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	シラトリ ハナコ						生年月日	明・大・昭平・令 49年 1月 1日
	氏名	白鳥 花子							
	保護者様のお名前	〒 583 - 8585 羽曳野市誉田4-1-1							

送付先住所・名称	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同一の為省略
	〒 583 - XXXX 羽曳野市誉田XXXX
	名称・方書き等 電話番号 072 - 947 - XXXX

該当項目に をして下さい

理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中の為
	<input type="checkbox"/> 成年後見人・保佐人などが選任されたため。
	<input type="checkbox"/> その他()

受付	入力	確認