

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 年 月 日	対象医療	子ども・ひとり親・障害		
申請者氏名				受給者から 見た続柄	
申請者住所	〒 — 名称・方書き等			電話番号	— —

受 給 者	受給者番号			
	フリガナ			
	氏 名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	住 所	〒 —		

送 付 先 住 所 ・ 名 称	□申請者住所と同一の為省略				
	〒 —				
	名称・方書き等				
電話番号	—	—	—	—	

理 由	<input 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