

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	<div>〒 —</div> <div>名称・方書き等</div> <div>電話番号 — —</div>			

受 給 者	受給者番号							
	フリガナ							
	氏 名							
	住 所	〒 —						

送付先住所・名称	□申請者住所と同一の為省略		
	<div>〒</div> <div>—</div> <div>名称・方書き等</div> <div>電話番号</div> <div>—</div> <div>—</div>		

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