

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 太郎	受給者から 見た続柄	父
申請者住所	〒 583 – 8585 羽曳野市誉田4-1-1 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 イチロウ	
	氏 名	白鳥 一郎	
		生年月日 大・昭・平 令 30年 1月 1日	
〒 583 – XXXX お子様のお名前 羽曳野市誉田XXXX			

送 付 先 住 所 ・ 名 称	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同一の為省略	
	〒 —	
	名称・方書き等 電話番号 — —	
該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> 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