

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	〒 ー 名称・方書き等 電話番号 ー ー		

受給者	受給者番号						
	フリガナ					生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	氏名						
	住所	〒 ー 名称・方書き等 電話番号 ー ー					

送付先住所・名称	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同一の為省略
	〒 ー 名称・方書き等 電話番号 ー ー

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