

- 子ども
- 重度障がい者 医療関係書類等送付先変更申請書
- ひとり親家庭等

(あて先) 大野城市長

次のとおり、(子ども・重度障がい者・ひとり親家庭等)医療にかかる関係書類の送付先について、住民票住所ではなく、下記住所に変更するよう申請します。

なお、送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除の申し出を行います。

年 月 日

受給者	受給者番号											
	氏名						生年月日	大・昭・平・令 年 月 日				
	住民票上の住所	【方書】										
送付先	宛先	〒					都道府県					
		【方書】										
	フリガナ氏名											【受給者との続柄】 1 本人 2
	電話番号											1 自宅 2 勤務先 3 携帯 4
変更理由												
解除理由等												
申請が受給者以外の場合		氏名 (受給者との続柄)										
		住所										
		電話番号 - -										

※ タワクの必要な部分だけ記入してください

大野城市処理欄

本人確認書類
(受給者証持参・身分証明書・)

受付	端末入力	受付責任者