

# 福祉医療費助成制度にかかる送付先変更届出書

年 月 日

(あて先)

大 津 市 長

次のとおり、福祉医療費助成制度に関する文章等の送付先の変更を届出いたします。

届出人氏名 \_\_\_\_\_

届出人住所 \_\_\_\_\_

受給者との関係 \_\_\_\_\_

- 受給者について（誰の送付先変更届出を行うか記入してください）

受給者	福祉番号		受給者番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒  電話番号		

- 通知等の送付先について

送付先	フリガナ		生年月日	年 月 日
	宛名			
	送付先住所	〒  電話番号		

上記の内容について同意します。

受給者氏名 \_\_\_\_\_

【送付先申請者確認】 コピー添付要

- 免許証     マイナンバーカード（表面）     パスポート     成年後見人登記事項証明  
 その他

注) 届出の内容については、再度申し出がない限り継続します。