書類送付先(新規・変更・解除)申請書

対象者 (該当者)	後期高齢者医療 被保険者番号									世帯番号								
	介護保険 被保険者番号											電話番号	( ) ー					
	住所																	
	フリガナ									生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
	氏名																	
※世帯主 (国民健康保険の場合)	フリガナ									生年月日	明・大・昭・平 年 月 日							
	氏名																	
送付先	住所	〒															□ 申請者と同じ	
	フリガナ									対象者との関係(続柄等)								
	氏名									電話番号	( ) ー							
変更送付有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日																	
申請理由	1 入院(入所)中のため 2 その他( )																	

送付先の変更を希望する書類(希望のものにレ点を付けてください。)

- □ 国民健康保険に関する書類 ※世帯員全員の送付先の変更になります。
- □ 後期高齢者医療に関する書類
- □ 介護保険に関する書類
- □ 障害福祉に関する書類全て
  - □ 手帳に関する書類(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)
  - □ 障がい福祉サービスに関する書類
  - □ 自立支援医療に関する書類(更生医療、育成医療、精神通院)
  - □ 補装具、日常生活用具に関する書類
  - □ 特別障害者手当に関する書類
  - □ 福祉医療(カク福)に関する書類
- □ 子育て支援に関する書類全て
  - □ 児童手当に関する書類
  - □ 児童扶養手当に関する書類
  - □ 福祉医療(カク福)に関する書類
  - □ 保育園に関する書類
  - □ 児童クラブに関する書類
- □ その他( )

山陽小野田市長 あて

□上記対象者及び送付先の了承を得ましたので、送付先の変更を申請します。

(↑上記について確認済みの場合は□にレ点を入れてください。)

なお、申請内容に変更のある場合には、必ず届出をします。

平成 年 月 日 〒

【申請者】 住 所

氏 名 ㊞

対象者との関係(続柄)

電話番号

※申請者本人確認書類(運転免許証等)の写しを添付してください。

※希望用件以外でも上記送付先に連絡する場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

受付場所	受付日	受付者	連絡状況
□ 本庁(課) □ 総合事務所 □ ( )支所	／		国保年金課(国保、後期)、子育て支援課、障害福祉課 高齢福祉課、( )