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	（　　）　　－					
	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		（　　）　　－						
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。

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	□ 本庁（　　課） □ 総合事務所 □（　　）支所	受付日	受付者	連絡状況
		／		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、（　　）