

受付印

令和 年 月 日

川越市重度心身障害者医療費支給制度関係書類 送付先登録申請書

申請者 住 所

氏 名 _____

(受給者との続柄：)

電話/FAX () —

以下のとおり、送付先の（ 登録 ・ 変更 ・ 解除 ）を申請します。

受給者	受給者番号							
	住所							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	明・大・昭・平・令		年		月		日
送付先	送付先住所	〒 —						
	方書							
	連絡先	☎ () —						
申請理由	該当箇所に ☒ をして下さい	☐ 送付先に本人が滞在している。 ☐ 本人が受け取れる状態でなく、受給者を扶養している。 ☐ その他（具体的にご記入ください） 						
添付書類		送付先が施設の場合…施設の入所（院）証明書等 送付先が成年後見人の場合…登記事項証明書の写し その他の場合…申請者の身分証明書（運転免許証等）の写し						

※送付先に変更が生じた場合、または住所地以外への送付が不要になった場合は、速やかに届け出てください。

※この送付先に送付することで配達できない等の不都合が生じた場合は、通知の上、送付先登録を解除させていただくことがあります。

处 理	年 月 日
-----	-----------------

(川越市役所 高齢・障害医療課)