

坂東市長 殿

㊦・すこやか医療費助成制度帳票等送付先変更届

㊦・すこやか医療費助成制度に係る帳票等の送付先について、下記の通り、送付先を変更します。㊦・すこやかの受給資格を有する間は、送付先変更届を取り下げない限り、住民票上の住所を変更しても、送付先住所に送付してください。

1. 現在の送付対象受給者氏名

フリガナ		受給者番号	公費負担者番号
受給者氏名			

2. 送付先住所

新住所 (変更後)	〒	電話番号 ()
旧住所 (変更前)	〒	電話番号 ()

3. 送付先氏名

受給者氏名に同じ

異なる場合のみご記入ください。

フリガナ	
送付先氏名	(対象者との続柄)

4. 適用期間

適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※特に指定がなければ記入は不要です。
------	--

送付先 変更理由			
届出人	住所		
	氏名	印	対象者との関係
	電話番号		

※ 届出人の本人確認資料（運転免許証等のコピー）が必要です。