

郵 送 先 変 更 届

令和 年 月 日

つくば市福祉部障害福祉課長 様

	都 道	市 区
依頼人住所	府 県	町 村
(対象者との続柄)		
☐ 本人		
依頼人氏名	☐ 本人以外 ()	

生年月日	(大正 ・ 平成)	年	月	日	電話番号	()
		(昭和 ・ 令和)				

貴課から送付される { 令和 年 月 日に申請した、
自立支援医療（精神通院）受給者証 } については、以下のとおり郵送願います。

(1) 対象者

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
氏 名						
居 住 地						

(2) 郵送希望先

住 所	〒		
受 取 人 氏 名		対象者との続柄	
(上記住所への郵送を希望する理由) ※対象者本人が依頼人の場合、記載は不要です。			

※依頼人の本人確認書類（障害者手帳、運転免許証等）の写しを必ず添付してください。