

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、
精神障害者保健福祉手帳 } 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。