

# 郵送先変更届出書

令和 年 月 日

つくば市長 様

都 道 市 区  
府 県 町 村  
依頼人住所

(対象者との続柄)

依頼人氏名 印  本人  本人以外 ( )

生年月日 (明治・大正) 年 月 日 電話番号 ( )  
(昭和・平成)

貴課から送付される { 令和 年 月 日に申請した、  
障害福祉サービスの支給決定通知  
書及び受給者証等の送付 } 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 |  |      |                            |   |     |
| 氏名   |  | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 日 |
| 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。 |   |         |  |
| _____                                    |   |         |  |
| _____                                    |   |         |  |
| _____                                    |   |         |  |
| _____                                    |   |         |  |

※依頼人及び受取人の本人確認書類（運転免許証・健康保険証等）の写しを必ず添付してください。