

医 療 福 祉 費 受 給 者 証
交 付 状 況 証 明 書 交 付 申 請 書

年 月 日（予定）

下記の新住所に転出するので、上記証明書の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

（新住所）

（旧住所）

（受給者名）

（申請者）

つ く ば 市 長 宛て

福種別	
-----	--

- 1 県外転出の場合は、申請する必要がありません。
- 2 申請者氏名は原則として受給者とし、乳児等にあつては父母等となります。

別紙のとおり、証明書を交付してよろしいか伺います。	決裁者	起案者	受付者
年 月 日			