

福祉関係 送付先 変更 解除 届出書

本人	氏名	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和 年 月 日
	現住所	〒 -
送付先	住所	〒 -
	氏名	(様方)(本人との関係)
	電話番号	
届出理由	<input type="checkbox"/> 現住所には住んでいない <input type="checkbox"/> 書類の管理ができない <input type="checkbox"/> その他 ()	
送付先変更 希望分野	<input type="checkbox"/> 障害福祉課関係 <input type="checkbox"/> 高年福祉課関係 <input type="checkbox"/> 福祉総務課関係 <input type="checkbox"/> 介護保険課関係 <input type="checkbox"/> 生活福祉課関係	
備考		

上記のとおり送付先の変更(変更解除)を届け出ます。

送付先変更の届出にあたり、以下のことを誓約します。

- ・届出内容に変更が生じた場合は、すみやかに届け出をします。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、または連絡がとれなくなった場合は、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この届出書に関する全ての責任は届出者が負います。

令和 年 月 日

届出者 (記入者) 上記、送付先と同じ
住所

**※届出者の本人確認書類の提示が必要です
(郵送等の場合は写しの添付)**

【職員確認欄】

本人確認書類 (○で囲み、No. を記入する)
 運転免許証、個人番号カード、パスポート
 在留カード、障害者手帳、介護保険証
 健康保険証 (国保・後期)、年金手帳
 その他 ()
 No. ()

氏名

電話番号

本人との関係

- ・保険年金課分の変更希望 有 無
- ・その他部署分の変更希望 有 (課) 無
- ・原本保管課 福総 障福 介保 生福 高福
- ・写し送付 福総 障福 介保 生福 高福

受 付	入 力
尾・木・福・障・介・生・高	