

自立支援医療受給者証の送付先申出書

平成 年 月 日

(申出者)

受診者氏名	
申請者氏名	(受診者との続柄)

1. 問い合わせ先電話番号

() - (氏名)

申請内容等について問い合わせをする場合があります。
その時の連絡先電話番号をお書きください。

2. 受給者証の受け取りについて(いずれかにチェックしてください。)

支給認定申請書の受診者住所に郵送を希望する。

次の住所への郵送を希望する。

〒 -

市町窓口で受け取る。

市町からの連絡は上記の問い合わせ先電話番号へ行います。