

福祉医療費 更新申請書・受給者証 送付先変更申出書

令和 年 月 日

山口市長様

受給者 受給者証 記号-番号 《 - 》	住所	〒 -
	(ふりがな)	
	氏名	※受給者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。
	生年月日	年 月 日
	(日中連絡がつく)電話番号	- -
届出人 続柄 《 》	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	
	住所	〒 -
	(ふりがな)	
	氏名	※届出人本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。
	個人番号	
	(日中連絡がつく)電話番号	- -

更新申請書・受給者証については、下記の所に送付することを依頼します。

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者住所に送付先を戻す 〒 -	
送付先(ふりがな)氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と同じ 電話番号() - 続柄 《 》	
希望項目	<input checked="" type="checkbox"/> 更新申請書	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者証
送付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
理由 *詳しく記入してください。	1、一人世帯の受給者が入院したため 2、その他 ()	

※山口市の福祉医療費助成制度は、山口市に住んでいることが要件ですので、原則として「一人世帯の受給者が入院した」等の事情がない限り別住所へ申請書等を送付しません。

※郵便物が届かない場合にはこの申出書は無効となります。送付先の変更や停止をご希望の場合は再度お手続きください。

受 付