様式第8号

記入例

福祉医療費　更新申請書・受給者証　送付先変更申出書

提出日を記入　令和３　年　２　月　１　日

山　口　市　長　　様

受給者 受給者証　記号-番号 《 48 － 12345 》	住　所	〒 753 － 8650 山口市亀山町２－１
	(ふりがな) 氏　名	やまぐち　ちょるる 山口　ちょるる　(山口) ※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	平成２４年　１０月　１日
	(日中連絡がつく)電話番号	083　－　934　－　2803
届出人 続柄 《 父 》	□ 受給者と同じ	
	住　所	〒　－ 同上
	(ふりがな) 氏　名	やまぐち　じろう 山口　二郎　(山口) ※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	123456789012
	(日中連絡がつく)電話番号	083　－　934　－　2803

受給者証の"記号""番号"欄の数字を続けて記入

受給者氏名および届出人氏名は本人が手書きしない場合は押印が必要です

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	□ 届出人と同じ　□ 受給者住所に送付先を戻す 〒 753 － 8501 山口市滝町１－１			
送付先 (ふりがな) 氏　名	□ 届出人と同じ　□ 受給者と同じ 福祉　花子 電話番号(　083　)　934　－　2969　　続柄《　　》			
希望項目	○	更新申請書	○	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　(里帰り出産のため、しばらく家を不在にするため。)			

送付期間の終了年を記入しない場合、送付先を元に戻すには再度お手続きが必要です

※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