

# 各種医療費助成制度 送付先変更届

令和 年 月 日

八雲町長様

<b>受給者</b> ( 重度 ひとり親 子ども )	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	- -
	受給者番号	
<b>届出人</b>	受給者との関係	本人 親族(続柄: ) その他( )
	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	- -
<b>送付先</b>	住所	〒 -
	フリガナ	
	氏名(方書)	
	電話番号	- -
<b>変更理由</b>	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 家族の事情のため(介護等) <input type="checkbox"/> 判断能力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため(解除の場合のみ) <input type="checkbox"/> その他( )	
<b>送付物</b>	<input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )	

※届出が上記受給者ではない場合、届出人に委任します。

※送付先変更に伴う不利益は、全て受給者及び届出人の責任とし、八雲町は責任を負いません。

※この届出書には、必ず届出人の身分証明書(運転免許証等)の写しを添付して下さい。なお、届出人が後見人の場合には、証明書(写し可)を添付して下さい。

※この届出書は、1回の送付につき1枚必要となります。受給者証の更新時等、毎年送付先を変更したい場合は、同じ送付先であってもその都度届出書が必要となります。