

健康政策課事業（予防接種・健診・障害者医療・更生医療）関係書類送付先変更届出書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

【申請者】 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

対象者との関係 親族 成年後見人等 その他 ()

下記のとおり健康政策課事業（予防接種、健康診査、障害者医療、自立支援医療（更生医療））の関係書類の送付先変更を届け出ます。

【対象者】

| | |
|-----------|-------|
| 住民票に記載の住所 | |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |

【送付先】

| | |
|-------|---|
| 送付先住所 | 〒 |
| 宛 名 | |
| 電話番号 | |

【申請理由】 施設入所等のため 本人に代わって書類を管理するため 成年後見人等就任のため
対象者の住民登録のある住所への送付（届出廃止） その他 ()

【注意事項】

- 送付先変更の際は、事前に送付先の関係者の同意を得るようにしてください。
- 届出の際は、申請者及び対象者の身分証明書の添付が必要です。なお、申請者と対象者の関係が成年後見制度に基づくものである場合は、登記事項証明書の写しの添付も必要です。
- 変更や廃止の届出がない限り、届出がされた送付先に書類を郵送します。ただし、対象者本人が市外に転出した場合、死亡した場合等、本事業の対象外となった際は、書類の送付を停止します。
- 送付先変更は予防接種・健診・障害者医療・更生医療の全てで適用します。※障害者医療・更生医療は該当者に限る。

-----この線から下は記入しないでください-----

| 宛名番号 | 受付日 | 予 | 健 | 障 | 更 | 本人確認 |
|------|-----|---|---|---|---|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 |