

No.

受付印

送付先変更依頼書

申請者	住所	〒		
	フリガナ氏名	-----		①対象者との関係
	電話番号			

下記①の者に対し、佐倉市障害福祉課から発送される書類について、送付先変更を依頼します。
 ※この依頼については、①の者及びその関係者、転送先等に対して説明済みであり、異議等については申請者が責任を持って対応します。
 ※送付先変更の効力は受付日から発生します。なお、一度送付先を変更すると、「終了」の届出がされるまで郵便物は送付先へ優先し送付されます。

【ご注意】
 この依頼書による送付先変更の対象は、佐倉市障害福祉課が送付する書類等のみです。
 他部署や団体等から送付されている書類等については、当該部署や団体等にお問い合わせください。

		<input type="checkbox"/> 開始	<input type="checkbox"/> 終了	
① 対象者	住所	〒		
	フリガナ氏名	-----		①対象者との関係
	生年月日	年	月	
② 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒		
	フリガナ氏名	-----		①対象者との関係
電話番号				
③ 変更理由	<input type="checkbox"/> 一時的な居所変更 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 書類管理困難 <input type="checkbox"/> その他()			
④ 送付先 変更書類	<input type="checkbox"/> 障害福祉に関する書類すべて <input type="checkbox"/> その他()			

市使用欄 ※記入しないでください	申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> その他			
	重度医療	精神手帳・自立	システム 入力	入力者	確認者
	有・無	有・無			