

No.

受付印

送付先変更依頼書

記入例

|     |        |                         |  |                |
|-----|--------|-------------------------|--|----------------|
| 申請者 | 住所     | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>佐倉市〇〇町〇〇番地 |  |                |
|     | フリガナ氏名 | サクラ イチロウ<br>佐倉 一郎       |  | ①対象者との関係<br>長男 |
|     | 電話番号   | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇           |  |                |

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。  
他の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 checked="" type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 終了 |                                                                                                                                                                           |                                        |  |          |
| ①対象者                                                               | 住所                                                                                                                                                                        | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>佐倉市〇〇町〇〇番地                |  |          |
|                                                                    | フリガナ氏名                                                                                                                                                                    | サクラ タロウ<br>佐倉 太郎                       |  |          |
|                                                                    | 生年月日                                                                                                                                                                      | 昭和〇〇 年 〇 月 〇 日                         |  |          |
| ②送付先                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                |                                        |  |          |
|                                                                    | 住所                                                                                                                                                                        | 〒 <div>送付先住所が申請者住所と異なる場合はご記入ください</div> |  |          |
|                                                                    | 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 checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 書類管理困難<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                        |  |          |
| ④送付先変更書類                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉に関する書類すべて<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                      |                                        |  |          |

|                     |         |                                                                                                                                                                                                                              |        |     |     |
|---------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| 市使用欄<br>※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<br><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                                                                                                                                                                                                                          |        |     |     |