

介護保険課・国保年金課(後期高齢者)・健康づくり課 送付先登録依頼書

介護保険課・国保年金課 後期高齢者・健康づくり課（ご希望のものに○）の文書を下記の送付先に送付するよう依頼します。
対象：健(検)診受診券、予防接種のみ

		登録 ・ 変更 ・ 終了									
フリガナ		宛名番号 (受付者 記入欄)									
本人氏名											
生年月日	年 月 日										
本人住所	〒										
	電話番号 ー ー										
フリガナ		続柄									
送付先氏名											
生年月日	年 月 日										
送付先住所	〒										
	電話番号 ー ー										
依頼理由	1、本人に文書管理能力がないため 2、施設入所のため 3、死亡 4、その他()										
期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで										

※ 介護保険課の送付先は、開始日～期間終了月の末日までの登録となります。

(宛先) 鴻巣市長

年 月 日
依頼者 (送付先と同じ場合は□にレ点をし、記入不要です。)
〒

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 電話番号 ー

※ 送付先に変更がある場合、送付先登録を終了する場合は、再度「送付先登録依頼書」を提出してください。

受付者()記入	
窓口 /	郵送 /

システム入力者	システム確認者
/	/