

# 送 付 先 変 更 届

大山崎町長

宛

届 出 日		令和 年 月 日	本人 確認	免許証・パスポート・被保険者証・ マイナンバーカード・住基カード・ カード・診察券・後見人登記事項証明書・ 公正証書 その他（ ）
届 出 人	氏名	フリガナ	電話番号	— —
	住所	〒 —		

		対象者	送付先											
フリガナ		<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ											
氏 名		Ⓡ												
		※ 届出人と対象者が異なる場合、押印												
住 所		<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 〒 —	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ 〒 —											
電 話 番 号		— —		— —										
そ の 他		<table border="1"> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昭・平</td> <td>性別</td> <td>男</td> <td>女</td> </tr> </table>	生年月日	明・大	年	月	日		昭・平	性別	男	女	届出人との関係	
生年月日	明・大	年	月	日										
	昭・平	性別	男	女										
		届出人が対象者と異なる場合、送付先変更に関する権限を届出人に委任します。												
送 付 先 変 更 の 理 由		<input type="checkbox"/> 予防接種に関する書類（予診票、接種券） <input type="checkbox"/> 乳幼児健康診査通知書類 <input type="checkbox"/> がん検診等関連の通知書類												
変 更 理 由		<input type="checkbox"/> 一時的に住民登録地と異なる住所に居所しており、届かないため <input type="checkbox"/> 長期入院しているため <input type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入） <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>												
開 始 期		令和 年 月 日から												
終 了 期		令和 年 月 日まで												
備 考														

受付

(事務処理欄)

確認	住民票	年 月 日 転入 ・ 転出	宛名 番号	確認印
----	-----	---------------	----------	-----