保健福祉課関係帳票送付先変更申請書

令和　　年　　月　　日

宇多津町長　殿

下記のとおり、送付先の変更を申請します。

届出人氏名	㊞	続柄・関係	
届出人住所			

変更を必要とする人	氏　　名	㊞		
	住　　所			
	生年月日		電話番号	
変更先	住　　所			
	宛　　名			
	電話番号			
送付先を変更する理由	□　成年被後見人であるため ※添付書類　成年後見人登記事項証明書の写し、成年後見人の身分証明書の写し □　その他 （　　）			
送付先を変更する書類	□　保健福祉課から発送される全ての書類 □　その他 ※変更する書類を全て記入して下さい。 （　　） （　　） （　　）			