**障がい福祉関係送付先変更申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上天草市長　様  障がい福祉にかかる、送付先変更を次のとおり申請します。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | 申 請 年 月 日 | 年 　月 　日 | | 申請者氏名 | ㊞ | 対象者との関係 |  | | 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |   ※申請者が対象者本人の場合、申請者住所、電話番号は記載不要。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 対象者 | フリガナ |  |  | | | 対象者氏名 |  | 生年月日 | 大・昭・平　　年　　月　　日 | | 性　　別 | 男　・　女 | | 住　　所 | 〒  電話番号 | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 送付先氏名 |  | 対象者との関係 |  | | 送付先住所 | 〒  電話番号 | | |  |  |  | | --- | --- | | 送付先変更期間に希望があれば記入して下さい。 | 受付日から　　　　年　　月　　まで変更希望 |   　※申請者が本人でない場合のみ記入。  　　上記申請者を代理人と定め、送付先変更申請を委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者氏名　　　　　　　　　　　㊞ |

（障がい福祉係記載）

□心身障害者手帳

□重心医療

□補装具

□日常生活用具

□自立支援医療

□福祉手当３種

□社会保障（障害福祉サービス・障害児通所支援）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）