

健康診査票・受診券・質問票、予防接種、がん検診関係書類 送付先変更依頼書

年 月 日

東久留米市長 殿

上記の送付先について、以下のとおり変更を依頼します。なお、本依頼書による送付先の変更に伴い不利益が生じた場合は、すべて依頼者の責任とし、東久留米市には一切の責任を問いません。

依頼する書類	<input type="checkbox"/> 健康診査票・受診券・質問票	<input type="checkbox"/> 予防接種関係書類	<input type="checkbox"/> がん検診書類
--------	--	-----------------------------------	---------------------------------

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先の変更	<input type="checkbox"/> 送付先変更の解除（住民票の登録地へ戻す）
-------	---------------------------------	---

変更者 本人情報	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 -
	電話番号	()
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

依頼者 情報	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	住所	〒 -	※本人の場合は 記入不要
	電話番号	()	
	依頼者確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） <small>※ 依頼者が成年後見人等の場合、登記事項証明書の写しが必要です。 ※ 郵送で提出する場合は、必ず依頼者本人の身分証の写しを添付してください。</small>	

送付先 情報	フリガナ		<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ
	氏名		
	住所	〒 -	
	電話番号	()	

変更理由	<input type="checkbox"/> 住所地と別のところで生活しているため <input type="checkbox"/> 入院・施設入所のため <input type="checkbox"/> 成年後見等開始のため <input type="checkbox"/> 変更者本人の判断能力低下のため <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	--

備考	
----	--

【市処理欄】

来庁・郵送

本人確認（来庁時）

※ 確認手段

マイナンバーカード（表面）・免許証・

その他（ ）

受付	処理	確認	收受印	

対応	
----	--