

送付先変更依頼書

受給者証の送付先を変更される場合は、下記に記載してください。

年 月 日

受診者住所 _____

受診者氏名 _____

☐ 障害者総合支援法に基づく自立支援医療の給付に関して、
私の**自立支援医療受給者証**の収受について、下記に送付先を変更します。

☐ 精神保健福祉法に基づく精神障がい者保健福祉手帳の決定に関して、
私の**精神障がい者保健福祉手帳決定通知**の収受について、下記に送付先を
変更します。

送付先変更後住所 _____

送付先宛名 _____