

別送

通知書等に係る送付先指定（解除）申出書

届出日 年 月 日

申し出者 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄（ ）

職権の場合（担当者： ）

送付先指定 送付先指定解除

手帳等申請者 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_ T E L \_\_\_\_\_

送付先住所

〒

\_\_\_\_\_

送付先宛名 \_\_\_\_\_ 様方 申請者との続柄（ ）

理由 申請者本人が入院（入所）中のため、通知を受け取る人がいない。

申請者本人が現在上記の住所で生活している。

その他（ ）

入所先施設へ送付

施設名（ ）

別送を希望する書類

今回の申請に係る通知のみ（今回の申請書類： ）

今後の障がい福祉課からの通知も含む。

個別の事業のみ別送希望。（該当事業： ）

※申出が本人以外の場合の同意欄

私は、上記のとおり障がい福祉課からの通知書等に係る送付先指定（解除）に同意します。

氏名（ ）

※事務処理欄

受付 NO. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 補装具（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 日常生活用具（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 更生医療（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 地域生活支援（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 障害児支援（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 精神手帳（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	<input type="checkbox"/> 精神通院（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）
<input type="checkbox"/> 精神障がい者医療（ <input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> 該当無）	