

発送先変更申請書

(宛先) 小牧市長

年 月 日

障がい福祉課からの下記書類の発送先について次のとおり変更することを申請します。

身体障害者手帳	・	療育手帳	・	精神障害者保健福祉手帳
自立支援医療	(	精神通院	・	更生医療
自立支援給付	(	障がい福祉サービス等	)	育成医療
交通料金補助	(	タクシー券／ガソリン券	)	
手当現況届				
その他	(		)	

対象者	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明／大／昭／平／令 年 月 日
	住 所	〒		
	電話番号			

発送先	フリガナ		本人との 続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			
変更理由				

申請者	フリガナ		本人との 続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			

*対象者と別世帯の場合は身分証明等の写しを添付すること。

小牧市 障がい福祉課
電話 (0568) 76-1127