**送付先登録届**

美里町長　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　）　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 住所 | 美里町　　　　　　番地 | | |

下記の項目について次の理由で変更しますので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 | □ 入院・施設入所による不在　　□ その他（　　　　　　　　　） |

送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 送付項目 | □ 全て　　　　　　　　□ 受給者証  □ 医療費支払通知書　　□ 認定通知書関係 |
| 送付先選択 | □ 届出人住所・氏名に送付  □ 届出人以外の住所に送付（以下も記入） |
| 送付先住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　連絡先（　　　）　　　－ |
| 送付先氏名 |  |