

| | | | |
|--------------------|--|----|---------------------------------------|
| 氏名 | 新城 花子 | | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 | 〇年 | 〇月 〇日 |
| 住所 | 新城市 〇〇〇字△△ □番地□ | | |
| 送付先住所・方書 | <input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△△ □番地□ 新城 太郎 様方 郵便物受取人 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長男) | | |
| 連絡先 ※日中つながる電話番号 | 自宅 <input checked="" type="radio"/> 携帯 | 職場 | (090) 〇〇〇〇 - ×××× |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 本人の居所が送付先住所のため <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中のため (病院・施設名 〇〇市民病院) <input type="checkbox"/> その他 [] | | |

新城市長 様

令和 △年 △月 △日

上記のとおり送付先の変更を申請します。送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

- ・申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。
- ・送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、新城市が適宜、送付先変更を解除することを了承します。
- ・この申請に関するすべての責は申請者が負います。

変更事項 (該当するものにを記入)

健康課から発送する下記の送付物

- ・特定健康診査受診券 (新城市国民健康保険被保険者) または、後期高齢者健康診査受診券 (後期高齢者医療制度加入者)
- ・予防接種通知 (高齢者肺炎球菌、高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス)

| | | | | |
|--------------|--------------------|---|--------|-----------|
| 申請者 (記入者) | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 送付先住所と同じ 〒 - | | |
| | 氏名 | 新城 太郎 | 本人との続柄 | 長男 |
| | 連絡先 ※日中つながる電話番号 | <input checked="" type="checkbox"/> 送付先連絡先と同じ 自宅・携帯・職場 () - | | |

※健康課処理欄 本人確認書類添付 (申請者・本人の本人確認書類写しをそれぞれ添付すること)

| | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--|-------|---------|-------|
| 記入者確認 | 運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・在留カード・身体障害者手帳 | 健康保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・後見人等であることを証明するもの その他(| 受付担当者 | 健康かるて入力 | 解除確認日 |
| | | | | | |

※申請者と本人 (同一の場合は本人のもの) の本人確認書類のコピーを必ず添付して下さい。