

福祉医療費受給者証送付先変更申請（届出）書

令和 年 月 日

軽井沢町長 土屋 三千夫 様

〒
住所

氏名

申請（受給）者

受給者との続柄

日中連絡先（自宅・携帯）

下記のとおり、福祉医療費受給者証の送付先の変更を届け出ます。

なお、送付物については、新送付先の宛名として届け出た者の責任において適切に対処をし、また、他の親族等から異議申し立てがあった場合は私の責任において解決することを誓約します。

受 給 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	受給者番号	
	事業区分	児童・障がい者・妊産婦 母子家庭等・父子家庭・高齢者・指定難病等 ※該当となる区分に○をつけてください。
旧送付先	住所	〒
	宛名	
新送付先	住所	〒
	宛名	

【注意事項】

- 届出の際、届出人の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）を提示してください。
- すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の送付先に届く場合があります。
- この届出は、福祉医療費受給者証のみが対象となります。他の業務に係る通知の送付先変更を希望する場合には、お問い合わせください。
- 軽井沢町の福祉医療費給付制度における送付先の変更となりますので、他市町村へ異動した場合は対応できないことがあります。

問い合わせ
軽井沢町 住民課 保険年金係
電話：0267-45-8540