健康診査票・受診券・質問票、予防接種、がん検診関係書類 送付先変更依頼書 年 月 日 東久留米市長 殿 上記の送付先について、以下のとおり変更を依頼します。なお、本依頼書による送付先の変更に伴い不利益が生じた場合 は、すべて依頼者の責任とし、東久留米市には一切の責任を問いません。 依頼する書類 □ 健康診査票·受診券·質問票 □ 予防接種関係書類 □ がん検診書類 依頼の内容 □ 送付先変更の解除(住民票の登録地へ戻す) □ 送付先の変更 フリガナ 変 氏 名 更 者 本 住 所 人 情 電話番号 () 報 生年月日 大正·昭和·平成·令和 月 年 \Box フリガナ 本人との関係 氏 名 依 住 所 頼 ※本人の場合は 記入不要 者 情 電話番号 報 □ マイナンバーカード (**表面のみ**) □ 運転免許証 □ その他() 依頼者確認書類 ※ 依頼者が成年後見人等の場合、登記事項証明書の写しが必要です。 ※ 提出の際は、必ず依頼者本人の身分証の写しを添付してください。 フリガナ 送 氏 名 付 先 □ 依頼者と同じ 住 所 情 報 電話番号 () □ 住所地と別のところで生活しているため □ 入院・施設入所のため 変更理由 □ 成年後見等開始のため □ 変更者本人の判断能力低下のため □ その他() 備考 【市処理欄】 受付 処理 確認 来庁・ 郵送

□ 本人確認 (来庁時) ※ 確認手段 マイナンバーカード (表面)・免許証・ その他 ()

対 応	
-----	--