

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	☐ 送付先の変更 ☐ 送付先変更の解除（住民票の登録地へ戻す）
-------	---

変更者本人情報	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 ー
	電話番号	()
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

[illegible]

送 付 先 情 報	フリガナ 氏 名		□ 依頼者と同じ
	住 所	〒 ー	
	電話番号	()	

変更理由	☐ 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 ☐ 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】

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 ()

受付	処理	確認	収 受 印	

対 応	
-----	--