

送付先等指定届出書

年 月 日

藤 沢 市 長

〒 ー

	住 所	
	氏 名	
届 出 者	電 話 番 号	()
	受給者との関係	

次のとおり届け出ます。

手又帳は所持給者者	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	年		月		日			
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒 藤沢市 <div style="text-align: right;">電話番号 ()</div>							
届出の区分		<input type="checkbox"/> 送付先の指定 <input type="checkbox"/> 送付先の変更 <input type="checkbox"/> 送付先指定の終了 <input type="checkbox"/> 精神勸奨通知							
送付先等の指定をする理由		<input type="checkbox"/> 成年後見制度開始のため <input type="checkbox"/> 医療機関への入院のため <input type="checkbox"/> その他 ()							
指定送付先		<input type="checkbox"/> 届出者 <input type="checkbox"/> 手帳所持者又は受給者 <input type="checkbox"/> 他(下の欄に記入)							
		〒							
		電話番号 ()							
		氏名				受給者との関係			
精神勸奨通知に関する指定		<input type="checkbox"/> 精神手帳勸奨通知に手帳用診断書を同封(自立勸奨通知診断書 <input type="checkbox"/> 入れる <input type="checkbox"/> 入れない) <input type="checkbox"/> 精神手帳勸奨通知に自立支援用診断書を同封(自立支援勸奨通知からは診断書を抜く) <input type="checkbox"/> 自立支援勸奨通知に手帳用診断書を同封							
備 考									

確認の上、チェックしてください。

- この送付先等指定届出書は、現在受給している障がい者支援課の事業に適用します。
 - 県が実施主体の事業に係る送付先等の指定は、別途届出が必要です。
 - 指定先に郵便物が届かない場合等は、この届出の内容を廃止する場合があります。
 - 新たに利用を開始する事業について送付先等の指定を希望する場合は、改めて届出が必要です。
- ※ 成年後見制度開始のため送付先等の指定をする場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

職員確認欄※受付欄:届出者の本人確認書類、該当事業に「レ」、入力欄:入力者名を記入

届出者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他() ※顔写真がない身分証明書の場合は2点確認が必要です。								
	身体	療育	精神	精神通院	更生医療	国手当	市手当	介護手当	受付者
受付入力									
受付入力	タクシー券	日具	補装具	通所交通費	自立支援給付	地域生活	(障)医療証	(寿)医療証	
受付入力									

(2021.04.01)