

指 定 送 付 先 依 頼 書

彦根市 高齢福祉推進課長 様

被保険者_____ に関する彦根市高齢福祉推進課からの郵送物について、
住民票記載住所地では受け取ることができませんので、下記の住所地へ送付をお願いします。

指 定 送 付 先	
〒 _____	(マンション・アパート・部屋番号等も必ずお書きください。)
(住 所) _____	
(ふりがな) _____	(ふりがなも必ずお書きください。)
(宛 名) _____	(続 柄) _____
(電話番号) _____	
備 考 (変更理由等)	_____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申 請 者 住所 _____

氏名 _____ (続柄) _____

TEL _____

高齢福祉推進課からの郵便物の送付先に関して上記、指定送付先に変更することを同意します。	
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
被保険者番号：1000 _____	被保険者氏名： _____
住民票記載住所地： _____	

※処理欄	※	※
------	---	---