

岡山市特定医療費(指定難病)医療受給者証等送付先登録申請書

(申請者)

住所	〒	—
フリガナ		
氏名		
連絡先	—	—

岡山市特定医療費(指定難病)に係る書類等の受け取りについて、下記のとおり別途送付先の【登録・変更・解除】を申請します。

(該当する申請に○)

記

1 受給者(患者)

フリガナ			受給者番号								
患者氏名											
生年月日	年	月	日	連絡先	—	—					
住民票の登録住所	岡山市 区										
患者が18歳未満の場合は以下を記入											
フリガナ			患者との続柄								
保護者氏名											
保護者住所	〒	—	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ	保護者連絡先	—	—					
	岡山市 区										

2 別途送付先(解除の場合は記入不要)

フリガナ			受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人
宛名			<input type="checkbox"/> 受給者に同じ	<input type="checkbox"/> ( )
送付先住所	〒 —			

3 住民票の登録住所で受け取ることができない理由(解除の場合は記入不要)

--

【岡山市処理欄】(申請者本人確認) 受給者証・免許証・保険証・個人番号カード・その他( )	受付