

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	性別	男・女	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	〒 - 岡山市 区	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ		保護者連絡先	-	-	

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	〒 -	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ	

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・パスポート・公的機関職員証 身分証・診察券・銀行等カード・住基カード・()	受付