

保健事業に関する送付先等変更届

年 月 日

本巢市長 様

健康増進課が法律に基づいて実施する保健事業に関する送付先等について、下記のとおり変更を依頼します。

なお、この届を提出するに際し、以下について誓約します。

1. この送付先等変更起因する不利益はすべて下記当事者間において解決することとし、本巢市に責任を問いません。
2. この届は送付に係る変更のみとし、保健事業実施記録等については住民票に基づいて実施されることに同意します。

変更を希望する者 (本人)	住 所	本巢市					
	氏 名	(フリガナ)					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	性別	男・女
届出が本人でない場合、下記届出人へ委任します。							
届出人 (運転免許証等顔写真付きの身分証明書の写しを添付してください。)	上記の者との続柄	<input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()					
	住 所	〒					
	氏 名	(フリガナ)					
	電話番号						

※すでに発送準備が整っている書類に関しては、変更前の住所等で届く可能性があります。
 ※送付先等が再度変更になる場合、または送付先等の設定を解除する場合には、速やかに届け出てください。

送付先等 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除	住 所	〒					
	氏 名	(フリガナ)					
	電話番号						
変更理由	<input type="checkbox"/> 一時的に居所を変更するため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> その他(必ず理由を記入:)						

【健康増進課記入欄】※ここから下は記入しないでください。

受付日		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 []	健康管理システム処理日	
担当者			担当者	