

受給者証送付依頼書

年 月 日

神戸市長 宛

依頼人 _____

本人との続柄： _____

次のとおり、 年 月 日付自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請における支給認定にかかる書類等については、_____宛てに送付していただくようお願いいたします。

1 受給者

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 〒 _____ - _____

電 話 _____

2 書類送付先

(ふりがな)
氏 名 _____

申請者との関係※ _____

住 所 〒 _____ - _____

電 話 _____