

# 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 \_\_\_\_\_