送　付　先　申　請　書

氏　　名	(フリガナ)	性　別	男　・　女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		
住　　所	鹿角市		
送付先	(フリガナ) 〒　　－		
TEL	―　　―		
備　　考			
市処理欄	国民健康保険・後期高齢者医療・福祉医療		

鹿角市長　　あて

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

届出人　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿―　　―＿＿＿＿＿

宛名番号 | | | | | | | | |

世帯番号 | | | | | | | | |