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**

 申請者との関係

 住所　　〒　 　‐

 電話