

# 送付願い書

年 月 日

(宛先) 春日市福祉事務所長

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費  
(更生医療・育成医療・精神通院医療)の自立支援医療受給者証(更生医療・育成医療・精神通院医療)及び自己負担上限額管理票を下記に送付願います。

送付先住所 \_\_\_\_\_

送付先(医療機関名、代表者氏名) \_\_\_\_\_ 印