

## ㊦受給者証交付状況連絡票交付願い

年 月 日 東京都 区・市・町・村

へ転出する予定ですので、㊦受給者証交付状況連絡票を交付してください。

心身障害者医療主管課長 殿

年 月 日

対象者 { 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

代行者 { 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_