**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

　　　住　所

対象者

　　　氏　名

住　所

代行者

氏　名図 1図 3図 4図 5図 6

名

所

名

図

図