


吹田市高齢者生活支援ギフトカード送付先変更依頼書

給付対象者の氏名	令和5年3月1日時点の本市住民票の住所	給付対象者の生年月日
フリガナ	(〒 -) 吹田市	大正 昭和 年 月 日
代理人の氏名	代理人の住所(下記の住所にギフトカードを送付します。)	電話番号
フリガナ	(〒 -)	
代理人の生年月日	給付対象者との関係	【委任欄】上記の者を代理人と認め、ギフトカードの受領を委任します。
大正 昭和 平成 年 月 日	1.親族:続柄() 2.法定代理人 3.その他 ()	給付対象者の署名(又は記名押印) 給付対象者 氏 名 

※給付対象者及び代理人の本人確認書類の添付をお願いします。

※給付対象者との関係が法定代理人(成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人又は代理権付与の審判がなされた補助人)の場合、その資格を証明する書類の写しの添付があれば委任欄の記載は不要です。