通知等交付申請書

茨城県福祉部福祉政策課長　殿

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関番号：

医療機関名称：

開設者氏名（名称等）：

開設者住所（所在地）：

担当者氏名：

県が発出する処分通知等について、以下のとおり交付を受けたいので申請いたします。

１　返信書類の受取方法

（希望する方に☑）

　電子データ（電子メール）での受取希望

　　　返信用メールアドレス：

　書面（紙）での受取希望（※）

　　　※電子情報処理組織により交付することができる処分通知等に係る費用徴収に関する要項第３条第４項の規定に該当する場合は、申立書を合わせて提出すること。

２　書面（紙）での受取を希望する場合の費用負担に関する確認

　返信書類を書面（紙）で受け取る場合には、発行に要する印刷代等の費用負担が発生することを確認しました。

３　書面（紙）交付にかかる費用の納付方法

　　（希望するものに☑）

□　納入通知による振り込み（送付先住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□　キャッシュレス決済（電子申請システムによる申請の場合のみ）

　□　対面でのお支払い

□　現金書留