送付先変更（開始・修正・終了）届

小浜市役所　様

下記のとおり送付先を変更願います。

なお、国民健康保険に関するものは、当該世帯主の同意を得て届出を行います。

届出日		令和　　年　　月　　日			
内容 （変更する項目に✔を付けてください）		☐ 市県民税 ☐ 固定資産税 ☐ 軽自動車税 ☐ 国民健康保険税（納付書等）	☐ 国民健康保険関係 ☐ 後期高齢者医療制度（資格・給付） ☐ 後期高齢者医療保険料（賦課・収納）	☐ 介護保険認定関係 ☐ 介護保険料関係 ☐ 予防接種関係（65 歳以上） ☐ 障がい医療関係 ☐ 障がい福祉関係	
納税義務者または被保険者	フリガナ				
	氏名				
	住所	〒　　－			
	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日		性別	男 ・ 女
	被保険者番号 国保	井小			
	被保険者番号 後期				
	被保険者番号 介護				
	被保険者番号 障がい				
変更送付先	フリガナ			納税義務者または被保険者との続柄	
	氏名				
	住所	〒　　－ （方書） 様方 ※納税組合に加入されている方は、納税組合に送付させていただきます。			
	電話番号				
送付先変更理由		☐ ひとり暮らし等により、本人が文書を受け取ることが困難なため。 ☐ 紛失するおそれがあるため。 ☐ 以前送付先を変更していたが、必要がなくなったため。 ☐ その他（　　）			
届出人 ※本人確認書類をご提示ください 本人確認		☐ 本人　氏名　　㊞			
		☐ 代理人	氏名　　㊞　本人から見た続柄 ＿＿＿ 住所 電話番号　　生年月日		
備考欄					

受付職員 ＿＿＿＿ 課 ＿＿＿＿＿＿　処理日　　年　　月　　日