

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)		<input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 (納付書等)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険関係 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (資格・給付) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 (賦課・収納)	<input type="checkbox"/> 介護保険認定関係 <input type="checkbox"/> 介護保険料関係 <input type="checkbox"/> 予防接種関係(65歳以上) <input type="checkbox"/> 障がい医療関係 <input type="checkbox"/> 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	〒 ー					
	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				
	後期						
	介護						
	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	〒 ー (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		<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 紛失するおそれがあるため。 <input type="checkbox"/> 以前送付先を変更していたが、必要がなくなったため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
届出人 ※本人確認書類をご提示ください 本人確認		<input type="checkbox"/> 本人 氏名					
		<input type="checkbox"/> 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 令和 年 月 日