



受付印

送付先変更届

(介護保険・国民健康保険・後期高齢者医療・町税関連)

令和 年 月 日

琴浦町長 様

送付先を変更する書類の種類にチェックしてください。

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 町県民税 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 | <input type="checkbox"/> 介護保険料 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 |
| <input type="checkbox"/> 固定資産税 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> 介護保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 |
| <input type="checkbox"/> 軽自動車税 | (保険証等各種通知) | (資格証等各種通知) | (保険証等各種通知) |
| | | | <input type="checkbox"/> 特別医療 |

(納税義務者) (被保険者)	フリガナ		
	住所	〒	
	フリガナ	※法人の場合は代表者職氏名	
	氏名	(印)	
	■届出人()に送付先変更についての権限を委任します。		
電話番号	生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日

■は届出が納税義務者(被保険者)でない場合に記入してください。

届出人	住所	〒 □納税義務者(被保険者)と同じ	電話番号
	氏名	□納税義務者(被保険者)と同じ (印)	続柄(関係)
	本人確認	①免許証・パスポート・個人番号カード・身体障害者手帳等・その他() ②保険証・年金手帳・公共料金領収書・学生証・その他()	

※届出人の身分証明書を提示してください。(郵送の場合は証明書の写しを添付)

- ①官公署発行の顔写真入り証明書→1種類 ②官公署発行の顔写真のない証明書など→2種類

送付先	フリガナ			電話番号
	住所	〒 □届出人と同じ		
	フリガナ			続柄(関係)
	氏名	□届出人と同じ		
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 解除	備考	□ 介護関係通知の宛名を本人以外にする場合		

《注意事項》

- 送付先を変更するにあたっては、送付先からの承諾を得てください。
- 送付先に変更があった場合には速やかに琴浦町へ届け出てください。

※役場使用欄

回 付	受 付	受付担当
<input type="checkbox"/> 税務課	<input type="checkbox"/> 税務課	
<input type="checkbox"/> 保険係	<input type="checkbox"/> 保険係	
<input type="checkbox"/> 高齢福祉係	<input type="checkbox"/> 高齢福祉係	
入力: /	<input type="checkbox"/> 分庁総合窓口係	