

送付先変更届

令和 年 月 日

那智勝浦町長 様

送付先の変更について、次のとおり届出します。

届出者 住 所

氏 名

印

※自署の場合は押印不要、法人の場合は法人印または代表者印を押印して下さい。

対象者との続柄 本人 ()

電話番号

届 出 種 別	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除		
対 象 者	住 所	那智勝浦町大字	
	氏 名	加)	男・女
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
送 付 先	住 所	〒 様方	
	電 話 番 号		
	変 更 希 望 日	令和 年 月 日 (記入がない場合は届出日からとなります)	
送 付 先 変 更 対 象 物	国民健康保険	<input type="checkbox"/> 全般	<input type="checkbox"/> 資格給付関連 <input type="checkbox"/> 保険税関連
	後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/> 全般	<input type="checkbox"/> 資格給付関連 <input type="checkbox"/> 保険料関連
	介護保険	<input type="checkbox"/> 全般	<input type="checkbox"/> 資格給付関連 <input type="checkbox"/> 保険料関連
	税通知関連	<input type="checkbox"/> 町県民税	<input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 固定資産税
	福祉関連	<input type="checkbox"/> 障がい者(児)関連	<input type="checkbox"/> 健康推進関連 <input type="checkbox"/> 子育て関連
そ の 他	<input type="checkbox"/> 上記に関連するものすべて <input type="checkbox"/> ()		
変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 仕事のため <input type="checkbox"/> 家族の事情のため <input type="checkbox"/> 判断力低下のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため (解除の場合のみ) <input type="checkbox"/> その他 ()		

(事務処理欄)

住民課	税務課	福祉課	こども未来課	処理日	備 考	受付印
<input type="checkbox"/> 原本 (係)	<input type="checkbox"/> 原本 (係)	<input type="checkbox"/> 原本 (係)	<input type="checkbox"/> 原本 (係)			
<input type="checkbox"/> コピー	<input type="checkbox"/> コピー	<input type="checkbox"/> コピー	<input type="checkbox"/> コピー			