

課長	課長補佐	課員	担当者

送付先変更申請書

(納税通知書、国民健康保険被保険者証、介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等)

令和 年 月 日
おいらせ町長 殿 申請者(窓口に来た方)

住所 〒
ふりがな
氏名 (印)
納税義務者との続柄
電話番号

納税通知書、各被保険者証等の送付先について下記のとおり変更をお願いします。

記

1. 納税義務者・被保険者情報

氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
納税義務者番号	介護被保険者番号	後期被保険者番号			

2. 変更前送付先

ふりがな	
氏名	(続柄:)
住所 〒	

3. 変更後送付先

ふりがな	
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (続柄:)
住所 〒	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

4. 送付先を変更するもの

<input type="checkbox"/> 税関係 全て	<input type="checkbox"/> 町・県民税	<input type="checkbox"/> 固定資産税	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 軽自動車税
<input type="checkbox"/> 国保関係全て	<input type="checkbox"/> 介護保険料	<input type="checkbox"/> 後期高齢者保険料	<input type="checkbox"/> 国保資格関係(保険証等)	<input type="checkbox"/> 国保給付関係
<input type="checkbox"/> 介護関係全て	<input type="checkbox"/> 後期関係全て	<input type="checkbox"/> 後期資格関係(保険証等)	<input type="checkbox"/> 介護資格・認定関係(保険証等)	<input type="checkbox"/> 介護給付関係
<input type="checkbox"/> 後期関係全て	<input type="checkbox"/> 後期資格関係(保険証等)	<input type="checkbox"/> 後期給付関係		

(以下担当者処理欄)

項目	確認印	処理日	項目	確認印	処理日
町・県民税		/ /	軽自動車税		/ /
固定資産税		/ /	介護保険料		/ /
国民健康保険税		/ /	後期高齢者保険料		/ /
国保 資格・給付		/ /	滞納整理		/ /
後期 資格・給付		/ /	介護 資格・給付		/ /

受付印