

送 付 先 変 更 届

年 月 日

浅口市長 様

(岡山県後期高齢者医療広域連合長 様)

申請者 〒

住所

フリガナ

氏名

電話番号

納税義務者(世帯主又は被保険者)との続柄

1:本人 2:親族(続柄)

3:その他()

変更種別		☐ 固定資産税、市県民税、軽自動車税、国民健康保険(保険税) ☐ 国民健康保険(資格確認書等) ☐ 後期高齢者医療(資格確認書等) ☐ 後期高齢者医療(保険料等) ☐ 介護保険(被保険者証等) ☐ 介護保険(保険料等)			
納税義務者 (世帯主又は被保険者) ※国民健康保険の場合 は、世帯主に限る。	フリガナ		同意の印	生年月日	
	氏 名		印		
	住 所				
送付先	新規設定 ・ 変更 ・ 解除				
	☐ 申請者と同じ(以下、送付先について省略可)				
	住 所	〒			
	フリガナ		納税義務者(世帯主又は被保険者)との続柄		
	氏 名		1:本人 2:親族(続柄) 3:その他()		
電 話 番 号					
変更理由	☐ 入院のため ☐ 施設入所のため ☐ 判断能力低下のため ☐ 後見登記等 ☐ 一時滞在のため				
	☐ 必要なくなったため ☐ その他()				
変更期間	年 月 日から ☐ 今回のみ				

申請者本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 資格確認書 ☐ その他()
---------	--

※申請人が成年後見人、保佐人、補助人の場合には、証明書(写し可)を添付してください。
※郵送で提出される場合は、申請者本人確認書類のコピーを添付してください。
※送付先を変更できるのは、現在資格を取得されているもののみになります。

以下は、市役所記入欄のため記入しないでください。

税整理番号	国民健康保険被保険者番号	後期高齢者医療被保険者番号	介護保険被保険者番号

写し ☐税務課 ☐市民課 ☐高齢者支援課

受付課	受付者