

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 〒 719-0252

住所 浅口市鴨方町六条院中3050

フリガナ アサクチ タロウ

氏名 浅口 太郎

電話番号 0865-44-7000

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 子)

3:その他()

該当する項目にチェックしてください。

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	アサクチ ハナコ	同意の印	生年月日	S〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	浅口 花子	印		
	住所	浅口市金光町占見新田751			
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	〒			
	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	〇〇年〇〇月〇〇日から ☐ 今回のみ				

申請者と同じ場合にチェック。違う場合は、以下を記入してください。

該当する項目にチェック、その他の場合は理由を記載してください。

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