

市税・国保・後期高齢者医療・福祉医療・介護・障がい福祉の関係書類の送付先変更申出書

次の市税・国保・後期高齢者医療・福祉医療・介護・障がい福祉の関係書類については、事情により下記住所に送付されるよう、変更を申し出ます。

なお、現行の送付先人が変更となる場合は、その方の承諾(署名又は記名・押印)が必要です。
⇒「6 承諾欄」に記入ください。

【記入方法】 下表の **太枠内** 「1～6」の記入と、その該当項目の「□」に「チェック」してください。

1	送付先変更項目 (①～⑧)	① 固定資産税 ☐ 単独名義 ☐ 共有名義	④ 国民健康保険税 ※世帯主に限る ☐	⑦ 福祉医療(マル福) ☐
		② 市県民税 ☐	⑤ 国民健康保険 ※世帯主に限る ☐ (保険証・給付等)	⑧ 介護保険 ☐ 介護認定・給付関係 ☐ 介護保険料関係
		③ 軽自動車税 ☐	⑥ 後期高齢者医療保険 ☐ 被保険者証、限度額認定関係 ☐ 賦課・徴収関係書類 ☐ 給付関係書類	
		⑨ 障がい福祉 ☐		
2	納税義務者・被保険者・受給者等	氏名	生年月日	西暦・大正・昭和 平成・令和 年 月 日
		住所 (居所・所在地)	電話番号	
	理由	☐ ① 入院又は施設入所中		
		☐ ② その他 ()		
3	新送付先	フリガナ	生年月日	西暦・大正・昭和 平成・令和 年 月 日
		氏名 (名称・方書)	納税義務者・被保険者・受給者等との続柄	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 親 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()
		住所 (居所・所在地)	電話番号	
		〒 - ☐ 2欄に同じ ☐ 野洲市 ☐		
4	この申出書を提出する人	☐ ① 上記「2 納税義務者・被保険者・受給者等」 本人		
		☐ ② 上記「3 新送付先」 本人		
		☐ ③ 上記①②以外の場合、下記「5」へ氏名・住所等を記入してください。		

上記「4」が
③の場合

収 受

5	氏名 (名称)	納税義務者・被保険者・受給者等との続柄	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 親 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他()
	住所 (所在地)	電話番号	

6 承諾欄	現行の送付先人の署名 (又は記名・押印)	氏名： ㊟
	※入院などのやむを得ない理由により、記入できない場合 現行の送付先人は、私が、この送付先変更の申し出を行うことを承諾しています。 氏名： ㊟	

(受付課) 課	※ 申出書提出後、送付先が変更されるまで、数日要します。ご了承ください。													
	税 務 納 税 課					保 険 年 金 課			介護保険課	障 が い 福 祉 課				
	固定資産税	市民税	軽自税	国保税	収納	国保	後期高齢	マル福	介護	手帳	自支医療	手当	給付	地活