

課長	係長	係

受付印

送付先等変更届

納税義務者	フリガナ			
	氏名	Ⓜ	被保険者番号	
	生年月日			
	電話番号	()		
	住所	〒 -		

送付先を変更する 税(料)目等	<input type="checkbox"/> 全業務(以下すべて)
	<input type="checkbox"/> 住民税(町県民税) <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 愛媛県後期高齢者医療広域連合からの送付物()

変更後送付先	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ		
	届出人と送付先が異なる場合は以下の欄に記載してください。		
	住所	〒	
	フリガナ		納税義務者との続柄
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日
電話番号			

事由等	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消
	<input type="checkbox"/> 住所(居所)変更 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 第三者(代理)納付
	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()

愛媛県鬼北町長 様

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

上記のとおり送付先の変更を届出します。

なお、上記指定税(料)目以外にも当町において諸手続き・送付物・連絡事項等が発生し、他業務担当者から照会があった場合は、本送付(連絡)先情報を提供することに同意します。

〒

住所

フリガナ

届出者

氏名

納税義務者との続柄

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

電話番号

受付	入力	広域確認

< 本人確認 >	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 職員面識 <input type="checkbox"/> その他()
----------	---