

## 記載例

### 通知書等送付先（変更・解除）届

記載日をご記入ください。

→ 令和〇〇年〇〇月〇〇日

つぎのとおり記載してください。対象者は送付先の変更を希望される方となります。について同意します。

- この届出は、対象者が国民健康保険の送付先を変更する場合、対象者は世帯主となります。
- 送付先の変更が不要になったときや、内容に変更がある場合は、直ちに市に連絡します。
- 市が、届出者・送付先と連絡が取れなくなった場合や、虚偽の届出をしていることが判明した場合は、送付先変更の取扱いを終了しても異存ありません。

新たに設定される送付先をご記入ください。

対象者	フリガナ	オオタケ タロウ	生 年 月 日
	氏 名	大竹 太郎	大・昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日
	住 所	広島県大竹市小方 1 丁目〇〇番〇〇号	

送付先	住 所	(〒 739-0651 ) 広島県大竹市玖波 1 丁目〇〇番〇〇号		電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	フリガナ	オオタケ ハナコ	(対象者との続柄)	
	氏 名	大竹 花子	様方	子

【送付先を変更する通知の種別】該当する項目に☑をつけてください。

1	市県民税	<input type="checkbox"/>	市県民税に係る通知				
2	固定資産税	<input type="checkbox"/>	固定資産税に係る通知				
3	後期高齢者医療保険	<input type="checkbox"/>	資格に係る通知	<input type="checkbox"/>	給付に係る通知	<input type="checkbox"/>	保険料に係る通知
4	国民健康保険 ※対象者欄が世帯主の場合のみ変更となります	<input checked="" type="checkbox"/>	資格・給付に係る通知		<input type="checkbox"/>	保険料に係る通知	
5	介護保険	<input type="checkbox"/>	変更理由にチェックをしてください。				
6	福祉医療（こども・重度障害者・ひきこもり）	該当する項目がなければ、					
7	障害福祉	その他にチェックを入れ理由をご記入ください。					

【送付先変更理由】

<input type="checkbox"/>	住民票の所在地ではないところに居住しているため。
<input checked="" type="checkbox"/>	対象者が、高齢・病気等の理由により、書類の管理が困難であるため。
<input type="checkbox"/>	対象者が、入院または施設に入所しているため。
<input type="checkbox"/>	通知書等送付先変更の解除
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

届出者（申請者）	対象者本人 ・ 代理人 ・ 送付先と同じ（代理人の場合は下記に記入してください。）		
	フリガナ		電 話 番 号 （ ） -
	氏 名		
	住 所		

（裏面もご確認ください）

※郵送の場合は、届出者の本人確認書類の写しを添付してください。(本人確認書類については下記参照)

障害福祉	福祉医療	後 期	国 保	介 護	市 民 税	収 納	資 産	処 理 日