

通知書等送付先（変更・解除）届

大竹市長 様

令和 年 月 日

つぎのとおり、下記通知等の送付先を変更してください。なお、届出にあたり、下記事項について同意します。

1. この届出により生じた問題は、届出者が責任を持って解決します。
2. 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。
3. 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。

対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大・昭・平・令 年 月 日
	住 所		

送付先	住 所	(〒 -)	
	フリガナ		電話番号
	氏 名	様方	(対象者との続柄)

【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	☐	市県民税に係る通知
2	固定資産税	☐	固定資産税に係る通知
3	後期高齢者医療保険	☐ 資格に係る通知	☐ 給付に係る通知
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	☐ 資格・給付に係る通知	☐ 保険料に係る通知
5	介護保険	☐ 資格・給付に係る通知	☐ 保険料に係る通知
6	福祉医療（子ども・重度障害者・ひとり親家庭等・精神障害者）	☐	福祉医療に係る通知
7	障害福祉	☐	資格・給付に係る通知

【送付先変更理由】

☐	住民票の所在地ではないところに居住しているため。
☐	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。
☐	対象者が、入院または施設に入所しているため。
☐	通知書等送付先変更の解除
☐	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)

