通知書等送付先（変更・解除）届

**記載例**

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 | **オオタケ　タロウ** | 生　年　月　日 |
| 氏名 | **大竹　太郎** | 大・昭・平・令　**○**　年　**○** 月 **○**日 |
| 住　　所 | **大竹市小方一丁目１１番１号** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **送付先** | 住所 | **大竹市○○一丁目○○番○○号** |
| 電話番号 | （　**○○○○**　）　**○○**　　　－　　**○○○○** |
| フリガナ | 　**オオタケ　ジロウ** | （対象者との続柄）**長男** |
| 氏名 |  **大竹　次郎**　　　　　　　　　　　　　　　　様方　 |

【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 | **後期高齢者医療保険** | ☑ | 資格に係る通知 | ☑ | 給付に係る通知 | ☑ | 保険料に係る通知 |
| ３ | **国民健康保険**※世帯分まとめての送付先変更となります | ☑ | 資格・給付に係る通知 | ☑ | 保険料に係る通知 |
| ４ | **介護保険** | ☑ | 資格・給付に係る通知 | ☑ | 保険料に係る通知 |
| ５ | **福祉医療（乳幼児等・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 |
| ６ | **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）**

※対象者以外の宛先へ変更する場合は、対象者本人の同意を得てください。

※届出者（申請者）の本人確認書類の提示をお願いします。（本人確認書類については下記参照）

※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）

**本人確認書類について**

①１点で確認ができる書類（顔写真付きの官公署発行書類）

　・運転免許証　　　　　・マイナンバーカード　・旅券　　　　　　・特別永住者証明書

　・特別永住者証明書　　・身体障害者手帳　　　・療育手帳　　　　・写真付住基カード

　・戦傷病者手帳　　　　・在留カード　他

②２点で確認ができる書類（顔写真無しの官公署発行書類）

　・国民健康保険証　　　　・健康保険証　　　　　・介護保険証　　　・後期高齢者医療被保険者証

　・共済組合員証　　　　　・年金手帳　　　　　　・年金証書　　　　・写真無住基カード

　・生活保護受給者証明書　　　他

《市記入欄》

１．届出者（申請者）確認書類

　　　□運転免許証　□健康保険証　□障害者手帳　□マイナンバーカード　□年金手帳

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

２．受付方法

　　　□窓口　□郵便

　３．処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉 | 福祉医療 | 後期 | 国保 | 介護 | 市民税 | 収税 | 処理日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |