

送付先変更届（登録・変更）

受付印

（宛先）新宮市長、和歌山県後期高齢者医療広域連合長

<対象業務> ※ 希望する項目に☑を付けてください。 令和 年 月 日

この届出は右記項目のみ 変更が可能です。それ以外 の送付物には、対応し ておりませんので、各係に て直接お手続きください。	税 金	国民健康保険	介護保険	後期高齢者医療保険	障害福祉
☐ 全ての通知 ☐ 固定資産税 ☐ 市県民税 ☐ 軽自動車税 ☐ 国民健康保険税	☐ 全ての通知 ☐ 固定資産税 ☐ 市県民税 ☐ 軽自動車税 ☐ 国民健康保険税	☐ 全ての通知 (保険税を除く) ※世帯主限定。 属する世帯員は 主に準ずる。	☐ 全ての通知 ☐ 保険料 ☐ 給付 ☐ 利用者減免 ☐ 認定	☐ 全ての通知 ☐ 資格関係 ☐ 給付関係 ☐ 保険料関係	☐ 全ての通知

本 人	各業務番号等（※事務欄につき記入不要）				
	フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名				
	住 民 登 録 地	〒 — 電話番号（ ）			
	本人確認書類（添付必須）		免許証・マイナンバーカード・資格確認書・介護保険証・障害者手帳		

これからの送付先を次のとおりとしてください。（注：送付先となる方の了承を得てください。）
既に送付先が変更されている場合、本届出書の情報を優先し、上書き登録することを了承します。

送 付 先	氏 名	被 保 険 者 ・ 納 税 義 務 者 に 同 じ	※固定資産税のみ 印字される宛名の 氏名を右記に変更	本人との続柄〔 〕 様
	送 付 先 住 所	〒 — 電話番号（ ） 様方 (もしくは病院・施設名 等)		

変 更 理 由	☐ 自己管理が難しいため ☐ 居所が異なるため ☐ 施設入所中のため ☐ 入院中のため ☐ 後見人がついたため ☐ その他：
---------	---

※ 本人による届出の場合、住所・生年月日・電話番号の記載は不要です。

届 出 者	フリガナ			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名				
	住 所 等	☐ 送付先、もしくは本人と同一			
	施設・病院等 の職員によ る届出の場 合は事業所 名等	〒 — 電話番号（ ） 事業所名			
	本人との続柄				
届出者の本人確認書類（添付必須）		免許証・マイナンバーカード・資格確認書・介護保険証・障害者手帳			

※ 本人以外の者からの届出は、本人の同意が必要です。

本人の同意欄	本人署名
同意が得られない 場合の理由	

必ずお読みいただきすべての内容に同意のうえで届を提出してください。

1. 被保険者・納税義務者本人の本人確認書類の写しを添付してください。(白黒可)
(例：運転免許証・マイナンバーカード・資格確認書・介護保険証・障害者手帳・官公署発行の書類 等)
2. 本人以外が届出人になる場合、届出人の本人確認書類の写しを添付してください。(白黒可)
成年後見人による届け出の場合、併せて登記事項証明書の写しも添付してください。
3. 書類の不備、もしくは個人情報の保護等に関し問題があると市が判断した場合、この届出を受理できない場合があります。
4. 届出内容を変更(追加)する場合は速やかに届け出てください。
(例：送付先住所の者が転居による住所変更や婚姻等により氏に変更された場合 等)
5. 送付先に郵便物が届かなくなった等の場合、市の職権により送付先を解除する場合があります。
6. この届出により諸問題等が発生した場合は、届出者の責任のもとで対処してください。

※ 以下は市処理欄のため記入しないでください。 ※

受 付	☐ 税務課 ☐ 市民窓口課 ☐ 健康長寿課 ☐ 福祉課 ☐ 三輪崎支所 ☐ 熊野川行政局 ☐ 高田支所			受付者
受付方法	窓口 ・ 郵送	備 考		
回 付 先	☐ 税務課 ☐ 市民窓口課 ☐ 健康長寿課 ☐ 福祉課			

	市民税	固 定	軽 自	国 保 税	国保資格	後 期	介 護	障 害
入 力								
確 認								

提出のあった届出書に基づき、送付先を変更してよろしいか。

市 長	副市長	部 長	次 長	課 長	主幹・補佐	係 長	係	合 議
月								
日								