

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	福祉
	<input type="checkbox"/> 全ての通知 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 全ての通知 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 利用者減免 <input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 全ての通知 <input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	福祉課にて 確認をして ください。

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	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		電話番号（	）
	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・保険証・他：		

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	<input type="checkbox"/> 施設入所中・入院中のため <input type="checkbox"/> 自己管理が難しいため <input type="checkbox"/> 居所が異なるため <input type="checkbox"/> 後見人がついたため <input type="checkbox"/> 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	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名		電話番号（	）
	住所等	<input type="checkbox"/> 送付先、もしくは本人と同一 〒 —	電話番号（	）
	施設・病院等 の職員による届出の 場合は事業所 名等	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・保険証・他：		

※ 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	

