

通知等送付先指定(変更)届

市税/国保/介護

魚沼市長様

令和 年 月 日

■申請者



住所	〒		
フリガナ			
氏名			
電話番号			
送付対象者との続柄			

■送付対象者(納税義務者等)

住所	魚沼市		
フリガナ		生年月日	
氏名		大・昭・平 年 月 日	
個人コード		世帯コード	

■送付先変更を希望する項目(必要な項目にチェックや○をつけてください。)

- ☐市税等に関する文書 →税務課
《 市県民税 ・ 固定資産税 ・ 軽自動車税 》
- ☐国民健康保険に関する文書 →市民課国民健康保険係
《 保険証 ・ 給付 ・ 国民健康保険税 》
- ☐介護保険に関する文書 →介護福祉課介護保険係
《 介護保険料 ・ 要介護認定等 ・ 給付 》
- ☐高齢福祉に関する文書 →介護福祉課高齢福祉係
- ☐障害福祉に関する文書 →福祉支援課
- ☐※後期高齢の送付先変更は別用紙です。 →市民課高齢者医療係

■送付先変更を終了(取消)したい

☐送付先変更をしていましたが、それを取りやめ住所地へ送付してください

上記の文書などを下記へ送付してください。
また、この送付先指定(変更)にあたって、貴市に一切ご迷惑はおかけしません。
なお、申請者と送付対象者または送付先もしくはその両方が異なる場合に申請者以外から本届出に対する疑義の申出があった場合は、貴職により送付先を送付対象者の住所地に変更することを承諾します。

■送付先 ※申請者と送付先が同一の場合は、「申請者へ送付する」を○で囲むこと

住所	〒			・ 申請者へ送付する
	様方			
フリガナ		電話番号		
氏名				

※申請者、送付対象者、送付先の住所に変更があった場合は再度届け出てください。

担当部署処理欄

課長	係長	担当	備考	回 付	税務課	原本・コピー
					国民健康保険係	原本・コピー
					介護保険係	原本・コピー
					高齢福祉係	原本・コピー
					福祉支援課	原本・コピー

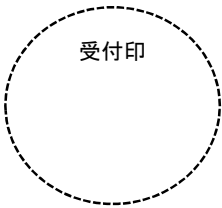
通知等送付先指定(変更)届

市税/国保/介護

魚沼市長様

令和〇年△月□日

■申請者



住所	〒〇〇〇-△△△△ 魚沼市堀之内〇〇番地△
フリガナ	ウオヌマ ジロウ
氏名	魚沼 二郎
電話番号	〇〇〇-△△△△-□□□□
送付対象者との続柄	子

■送付対象者(納税義務者等)

住所	魚沼市小出島〇〇番地△1		
フリガナ	ウオヌマ タロウ	生年月日	
氏名	魚沼 太郎	大・ <u>昭</u> ・平 40年 1月 1日	
個人コード		世帯コード	

■送付先変更を希望する項目(必要な項目にチェックや○をつけてください。)

- ☒市税等に関する文書 →税務課
《 市県民税 固定資産税 ・ 軽自動車税 》
- ☐国民健康保険に関する文書 →市民課国民健康保険係
《 保険証 ・ 給付 ・ 国民健康保険税 》
- ☐介護保険に関する文書 →介護福祉課介護保険係
《 介護保険料 ・ 要介護認定等 ・ 給付 》
- ☐高齢福祉に関する文書 →介護福祉課高齢福祉係
- ☐障害福祉に関する文書 →福祉支援課
- ※後期高齢の送付先変更は別用紙です。 →市民課高齢者医療係

■送付先変更を終了(取消)したい

☐送付先変更をしていましたが、それを取りやめ住所地へ送付してください

上記の文書などを下記へ送付してください。
また、この送付先指定(変更)にあたって、貴市に一切ご迷惑はおかけしません。
なお、申請者と送付対象者または送付先もしくはその両方が異なる場合に申請者以外から本届出に対する疑義の申出があった場合は、貴職により送付先を送付対象者の住所地に変更することを承諾します。

■送付先 ※申請者と送付先が同一の場合は、「申請者へ送付する」を○で囲むこと

住所	〒 ※申請者と送付先が異なる場合は、住所、氏名、電話番号をご記入ください。 様方		
フリガナ		電話番号	
氏名			

※申請者、送付対象者、送付先の住所に変更があった場合は再度届け出てください。

担当部署処理欄

課長	係長	担当	備考		税務課	原本・コピー
				回 付	国民健康保険係	原本・コピー
					介護保険係	原本・コピー
					高齢福祉係	原本・コピー
					福祉支援課	原本・コピー