

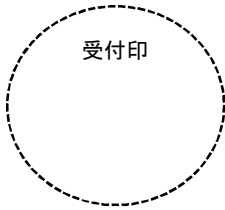
通知等送付先指定(変更)届

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	⑧
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。
なお、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。

■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
フリガナ	様方			
氏名		電話番号		

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