

送付先変更届 (市民部・福祉部用)

下呂市長 様

下記のとおり届け出ます

届 出 人	フリガナ		届出年月日	平成	年	月	日
	氏名	(印)	本人との 関係				
	住所	〒					

※ 届出人が被保険者・対象者本人、又は、納税義務者本人の場合は、住所・電話番号は記載不要です

被納 保稅 險者 ・ 対象 者等	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		
	住所	〒					

送 付 先 住 所 等	住所 (施設名等)	〒						電話番号 () -
	フリガナ							
	送付先氏名 (担当係名)							
	送付先変更 理由 ※該当するもの に"✓"し てください	<input type="checkbox"/> ・ 住民票上の住所地と現住所が異なるため <input type="checkbox"/> ・ 病院、施設等に入所しているため(病院・施設名: _____) <input type="checkbox"/> ・ 住所地を不在にすることが多いため <input type="checkbox"/> ・ その他 (具体的に _____)						
	送付するもの ※送付先変更 を希望する ものに"✓" してくだ さい	<input type="checkbox"/> ・ 国民健康保険(税)	(関係書類全部 ・ 保険証等 ・ 国保税関係書類)					
		<input type="checkbox"/> ・ 後期高齢者医療保険	(関係書類全部 ・ 保険証等 ・ その他申請書類等)					
		<input type="checkbox"/> ・ 福祉医療	※関係書類全部の送付となります					
		<input type="checkbox"/> ・ 固定資産税	※関係書類全部の送付となります					
<input type="checkbox"/> ・ 市県民税		※関係書類全部の送付となります						
<input type="checkbox"/> ・ 税務課その他()		※関係書類全部の送付となります						
<input type="checkbox"/> ・ 介護保険	※関係書類全部の送付となります							
<input type="checkbox"/> ・ 障害手帳	※関係書類全部の送付となります							

担 当 者 確 認 欄							受 付 印		
国保(税)	後期	福祉医療	市民税	資産税	収納係	介護	障害		
原本・写し			原本・写し			原・写	原・写		

※受付印は、受付課で押印してください。受付印押印後、各担当課へ送付・FAX等お願いします。

※担当者確認欄の【原本・写し】は、受付課にて記入してください。

〈原本送付課には"原本"に、写し送付課には"写し"にチェックをして各担当課に送付・FAX等をお願いします〉