

送付先変更申請書

申請年月日 年 月 日

羽生市長様

次のとおり、送付先を変更したいので、申請します。

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____ (電話番号 - -)		

納税義務者又は被保険者	氏名	
	住所	〒 _____ (電話番号 - -)
	生年月日	_____ 年 月 日生
	本人同意欄	私は、次のとおり送付先を変更することに同意します。 _____ 年 月 日 署名 _____ (印)

送付先	住所	〒 _____ (電話番号 - -)
	氏名 (方書)	_____ 様方

希望する項目及び変更の理由 (該当する項目にチェックをつけ、「その他」の場合は、括弧内も記入してください。)			処理欄(※)
希望する内容	希望する書類	変更理由	
<input type="checkbox"/> 市県民税	<input type="checkbox"/> すべての書類	<input type="checkbox"/> 仕事や施設入所等により 住所地に居住していないため	<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理
<input type="checkbox"/> 固定資産税 都市計画税	<input type="checkbox"/> 一部の書類(○をつける) 1 税・料に関する書類 2 資格に関する書類 (被保険者証等)	<input type="checkbox"/> 入院中・入所中のため	<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理
<input type="checkbox"/> 軽自動車税	3 給付に関する書類 (高額療養費等)	<input type="checkbox"/> 当該税は世帯員のものである が、世帯主と別居しているため	<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理
<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> その他 希望する書類を記入して ください。	<input type="checkbox"/> 職権による(課)	<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理
<input type="checkbox"/> 介護保険	()	()	<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理
<input type="checkbox"/> 後期高齢者 医療保険			<input type="checkbox"/> コピー回付 <input type="checkbox"/> 処 理

(注意)

* 太枠線内に必要事項を記入してください。

* 申請者が本人以外の場合は、身分証明書(運転免許証、マイナンバーカードなど)のコピーを添付してください。

* 固定資産税・都市計画税において、個人・共有名義の両方を変更したい場合は、氏名欄に両方の名義を記載してください。例)「羽生太郎、羽生太郎他1名」

《市役所処理欄》	納税義務者又は被保険者の宛名番号		
被保険者番号	国民健康保険税(申請主・員) 羽	介護保険料	後期高齢者医療保険料
※ 受付後、各所管課にコピーを回付し、裏面処理欄を参考に速やかに処理してください。			