

送付先変更・解除届

南伊勢町長 様

届出日 令和 年 月 日

次のとおり、送付先の変更を申請します。なお、この内容に変更が生じた場合は速やかに届出します。

届出 (申請) 者	フリガナ		対象者(本人)との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 親族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	〒	電話番号

対象者 (本人)	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 〒	電話番号 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ

送付 先	<input type="checkbox"/> 届出(申請)者宛へ送付		
	住所	〒	電話番号
	フリガナ		対象者(本人)との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人等 <input type="checkbox"/> 親族 (続柄) <input type="checkbox"/> その他 ()

変更理由	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院のため <input type="checkbox"/> 書類管理が困難なため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> 一時的な居住の変更のため <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除 <input type="checkbox"/> その他 ()
変更期間	年 月 日から <input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり (年 月 日まで)
送付先を変更する通知等	<input type="checkbox"/> 町県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 福祉医療費 <input type="checkbox"/> 介護保険関係 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 障がい者福祉 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 健康増進

町 確 認 欄	受付	入力	届出者本人確認書類	対象者(本人)本人確認書類
		月 日	・免 ・個 ・保 ・介	・免 ・個 ・保 ・介
		他課へコピー	・年 ・障手 ・パ ・外	・年 ・障手 ・パ ・外
	月 日	・その他 ()	・その他 ()	