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 |  | □本人　　□成年後見人等□親族　（続柄　　　　 　）□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 | □届出者と同じ〒 | 電話番号 |
| □届出者と同じ |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | * 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 |  | □本人　　□成年後見人等□親族　 （続柄　　 　　　）□その他（　　　　　　　） |

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

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