

送付先変更届出書

周防大島町長 様

下記のとおり関係書類の送付先を変更したいので届出いたします。

| | |
|-------|-------|
| 届出年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | | | | |
|-----|------|---|-------------|---|
| 届出者 | フリガナ | | 対象者との 続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 連絡先 | | | |

| | | | | |
|--|------|---|------|-------|
| 対象者 <input type="checkbox"/> 届出者と 同じ | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |

| | | | | |
|--|------|---|-------------|---|
| 送付先 <input type="checkbox"/> 届出者と 同じ | フリガナ | | 対象者との 続柄 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 連絡先 | | | |

| | |
|------|--|
| 変更理由 | <input type="checkbox"/> 病院や施設などに入院、入所しているため <input type="checkbox"/> 一時的に住所地を離れているため <input type="checkbox"/> 高齢などの理由で郵便物の管理が困難になったため <input type="checkbox"/> その他 () |
|------|--|

| | |
|--|--|
| 送付先を 変更する 項目 (該当する 項目の□に ✓を付けて ください) | 町税関係 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 町県民税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 国民健康保険関係 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格関係 (資格確認書、限度額適用・標準負担限度額認定証など) <input type="checkbox"/> 支給関係 (高額療養費など) 後期高齢者医療関係 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格関係 (資格確認書など) <input type="checkbox"/> 保険料・納付関係 <input type="checkbox"/> 支給関係 (医療費通知、高額療養費など) 介護保険関係 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 資格関係 (証書、申請書など) <input type="checkbox"/> 保険料・納付関係 福祉関係 <input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 障害福祉関係 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉関係 <input type="checkbox"/> 児童福祉関係 <input type="checkbox"/> その他 () |
|--|--|

◎届出内容に変更が生じた場合は、直ちにその旨を申し出てください。

◎希望要件以外でも上記送付先に連絡する場合がありますので、予めご了承ください。