

市民税等通知書（住所変更・送付先設定・送付先変更・送付先解除）届出書

令和 年 月 日

甲 州 市 長 様

申請者（納税義務者） 住所（所在）
 氏名（名称） ㊟
 電話番号

申請者（送付先等） 住所（所在）
 氏名（名称） ㊟
 電話番号

下記のとおり変更になりましたので届出ます。

変更する税目	市県民税 ・ 軽自動車税 ・ 国民健康保険税 ・ 固定資産税 ・ 収納管理	
変更前	住所	〒
	フリガナ 氏名	
変更後	住所	〒
	フリガナ 氏名	
変更理由		

国民健康保険 資格・給付 に関する通知の送付先変更	<input type="checkbox"/> 上記送付先に変更する
後期高齢者医療 資格・給付・保険料 に関する通知の送付先変更	<input type="checkbox"/> 上記送付先に変更する
＊ 希望者のみどちらかにチェックしてください。（記入がない場合は変更しないものとします。） ＊ 資格…資格確認書・資格情報のお知らせ等 給付…療養費・医療費通知等 ＊ 後期高齢者医療の送付先変更を希望される場合は別途書類が必要となる場合がありますので、 市民課までお願いします。（後期高齢者医療加入前の場合は変更できません。）	

※ 以下市記入欄 ※

		納税義務者宛名番号			
回 覧	税 務 課	課長	市民税リーダー	資産税リーダー	課員
			収納リーダー		課員
	市 民 課	課長	国保・年金リーダー		課員
	健 康 増 進 課	課長	保健事業リーダー		課員

＊国民健康保険、後期高齢者医療に関する通知の送付先を変更するとの申請を受けた場合は、 市民課と健康増進課に必ず回覧すること。 [備考]	担当者