

書類送付先(変更・終了)申請書

高原町長 あて

申請者	被保険者番号	国保							生年月日	大正・昭和・平成
		介護								年 月 日
<input type="checkbox"/> 世帯主	フリガナ								性別	男・女
<input type="checkbox"/> 納税(付)義務者	氏名									
<input type="checkbox"/> 受療者	住所	〒 _____							電話番号 ()	
送付先	住所	〒 _____							電話番号 ()	
	フリガナ									
	宛先名								続柄:	
送付期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
送付を希望する書類		1 税務課関係書類 2 福祉関係書類 3 介護関係書類 4 国保関係書類 5 その他 ()								
変更(終了)の理由		1 送付先に居住しているため 2 書類の管理ができないため 3 入院・入所のため (病院・施設名) 4 その他 ()								
<p>上記のとおり送付先の(変更・終了)を申請します。また、申請者と送付先とは双方協議した上で送付先を変更することに相違ありません。これにより送付先を変更し問題等が発生した場合は、申請者が一切の責任を持ち貴町に対して迷惑をかけません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所: 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名: _____</p> <p style="text-align: center;">(代理者の場合 申請者との関係: _____)</p> <p style="text-align: center;">電話番号: () _____</p>										

※ 代理者が届出される場合には、代理者の本人確認書類(個人番号カード、運転免許証等)の提示が必要です。

受付日	受領者 (原本保管)		担当部署 への回付	<input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 町民福祉課 <input type="checkbox"/> ほほえみ館		
	決裁	課長	課長補佐	係長	課内合議	