

書類送付先(変更・終了)申請書

高原町長 あて

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |      |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|------|-------------|
| 対<br>象<br>者                                                                                                                                                                                                       | 被保険者番号                                                                                                     |      | 国 保                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |      | 介 護                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |      | 年 月 日       |
|                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 世 帯 主<br><input type="checkbox"/> 納税(付)<br>義 務 者<br><input type="checkbox"/> 被保険者 | 住 所  | 〒 ー                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |      | 電話番号 ( )                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | フリガナ |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   | 氏 名                                                                                                        |      |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |      |             |
| 送<br>付<br>先                                                                                                                                                                                                       | 住 所                                                                                                        |      | 〒 ー                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |      | 電話番号 ( )                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   | フ リ ガ ナ                                                                                                    |      |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   | 宛 先 名                                                                                                      |      | 続柄：                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |      |             |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            |      |                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |      |             |
| 送 付 期 間                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |      | 年 月 日 ～ 年 月 日                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |      |             |
| 送付を希望する書類                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                            |      | 1 町税関係書類 ( 町県民税 ・ 固定資産税 ・ 軽自動車税 )<br>2 福祉関係書類 3 介護保険関係書類<br>4 国民健康保険関係書類 5 後期高齢者医療保険関係書類<br>※別途、後期高齢者医療広域連合提出用申請書あり<br>6 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<br>3 入院・入所のため (病院・施設名 )<br>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、対象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>年 月 日</p> <p>申請者 住 所：</p> <p>氏 名：</p> <p>(代理者の場合 対象者との関係：_____)</p> <p>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 | 担当部署<br>への回付   | <input type="checkbox"/> 税務会計課 <input type="checkbox"/> 町民課 <input type="checkbox"/> 福祉係 <input type="checkbox"/> 高齢者あんしん係 <input type="checkbox"/> 建設水道課 |     |      |     |         |
|       | 受領者<br>(原本保管課) | 決<br>裁                                                                                                                                                    | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 課 内 合 議 |
|       |                |                                                                                                                                                           |     |      |     |         |
|       | 税・町・福・高・建      |                                                                                                                                                           |     |      |     |         |