

# 送付先変更届

令和 年 月 日

三郷町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

納税義務者・被保険者に係る町税・国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険に関する書類の送付先について、届け出ます。

|                      |    |                             |
|----------------------|----|-----------------------------|
| 納 税 義 務 者<br>被 保 険 者 | 住所 | 〒 _____ □上記申請者住所と同じ         |
|                      | 氏名 | □上記申請者氏名と同じ<br>大正・昭和 年 月 日生 |

|                |                  |                      |                 |
|----------------|------------------|----------------------|-----------------|
| 送付先を設定<br>する業務 | □下記の全業務          |                      |                 |
|                | □町県民税<br>□国民健康保険 | □固定資産税<br>□後期高齢者医療保険 | □軽自動車税<br>□介護保険 |

|       |      |                     |
|-------|------|---------------------|
| 送 付 先 | 住所   | 〒 _____ □上記申請者住所と同じ |
|       | 氏名   | □上記申請者氏名と同じ         |
|       | 変更理由 |                     |