

送付先変更届

令和 年 月 日

三郷町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名

納税義務者・被保険者との続柄 ()

電話番号 _____

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・福祉医療・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 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
		生年月日	年 月 日

送付先を設定する業務	□下記の全業務		
	□町県民税	□固定資産税	□軽自動車税
	□国民健康保険	□後期高齢者医療保険	□福祉医療
	□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		