

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 □国民健康保険 □介護保険 | □固定資産税 □後期高齢者医療保険 | □軽自動車税 □福祉医療 |

| | | |
|-------|------|---------------------|
| 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 | |