送 付 先 変 更 申 出 書

令和　　年　　月　　日

山 口 市 長　様

納税（納付）義務者	住　所	〒　　－		
	ふりがな 氏　名			
		※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、納税（納付）義務者が自署しない場合は、記名押印してください。		
	電話番号		生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日
届出人	☐　納税（納付）義務者と同じ			
	住　所	〒　　－		
	ふりがな 氏　名	続柄《　　》		
		※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、届出人が自署しない場合は、記名押印してください。		
	電話番号		生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日

税金・保険料の納税(納入）通知書及び督促状等の文書については、下記の所に送付することを依頼します。

送付先	☐　届出人と同じ　　☐　納税（納付）義務者住所に送付先を戻す					
	住　所	〒　　－				
	ふりがな 氏　名	続柄《　　》				
		※法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、送付先本人が自署しない場合は、記名押印してください。				
	電話番号			生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日	
希望科目 **＊○をつけてください。**	◌	固定資産税（単独分）	◌	国民健康保険	☐ 資格・給付 ☐ 保険料	＊変更を希望する書類の☐にチェックしてください。
	◌	固定資産税（共有分）				
	◌	市・県民税［普通徴収 年金特徴］	◌	後期高齢者医療	☐ 資　格 ☐ 保険料 ☐ 給　付	
	◌	軽自動車税				
	※介護保険料については、別に申請が必要となります。					
送付期間	令和　　年　　月　　日 ～　令和　　年　　月　　日					
理　由 **＊必ず記入してください。**	1　入院等のため 2　その他（　　）					

※希望科目以外の用件につきましても上記送付先にご連絡を差し上げることがございます。あらかじめご了承ください。（国民健康保険に関する申し出は、自動的に後期高齢者医療保険に引き継がれます。）※郵便物が届かない場合にはこの申出書は無効となります。送付先の変更や停止をご希望の場合は再度お手続きください。※納税義務者死亡による申出の場合、市・県民税については別途相続人代表者指定届を提出してください。

≪市役所確認欄≫　（総合サービス課にて受付の場合は、担当課へ確認後に受け付けてください。）

受　付	備　考	固定資産税	市・県民税	軽自動車税
		国民健康保険料	後期高齢者医療保険料	収納課
担当者				