

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	印
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
	(日中連絡がつく)電話番号	- -
届出人 《 続柄 》	<input type="checkbox"/> 納税(納付)義務者と同じ (□にチェックされた場合、下の押印不要)	
	住 所	〒 -
	ふりがな 氏 名	印
	(日中連絡がつく)電話番号	- -

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。

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 納税(納付)義務者住所に送付先を戻す 〒 -	
送付先(ふりがな)氏名	<input type="checkbox"/> 納税(納付)義務者と同じ <input type="checkbox"/> 届出人と同じ (□にチェックされた場合、下の押印不要) 印 続柄 《 》 電話番号 () -	
希望科目 *○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 固定資産税(単独分) <input type="checkbox"/> 固定資産税(共有分) <input type="checkbox"/> 市県民税 [普通徴収年金特徴] <input type="checkbox"/> 軽自動車税	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 保険料 <input type="checkbox"/> 給付
*変更を希望する書類の□にチェックしてください。		
※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	年 月 日 ~ 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。

《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	担 当 確 認		
		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				