|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理決裁欄 | | | | | |
| 受付 | 収納課 | 課税課 | 保険年金課 | 係　長 | 課　長 |
|  |  |  |  |  |  |

税等に関する送付物の送付先変更依頼書

|  |  |
| --- | --- |
| 基本コード又は記号番号、被保険者番号 |  |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 武蔵村山市  電話番号　　　　（　　　　） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼の内容 | □　送付先変更　　　　　　　□送付先変更の解除 |

（『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方は御記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 理　　　由  （番号に**〇**をしてください） | 1. 施設入所しているため 2. 病院等に入院しているため 3. 本人が管理できないため 4. 本人死亡のため 5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 送付先の変更を  希望する項目 | □右記の項目  全て | □市･都民税・森林環境税　□軽自動車税　□固定資産税(土地･家屋･償却資産)  □国民健康保険関係　□後期高齢者医療関係 | | |
| 送付先変更期間 | 年　　　月　　　日　　から　　　　年　　　月　　　日　　まで | | | |
| **変更前**  □対象者と同じ  対象者と同じ場合右欄記入不要 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 法人名 |  | | |
| **変更後** | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 対象者との関係 |  |
| 法人名 |  | | |
| 武蔵村山市長　殿  年　　　月　　　日  上記の項目に関する通知書等の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。    　　　　　依頼者　　　氏　　名  受　付　印  　　　　　　　　　　　住　　所  □　変更後送付先住所と同じ  電話番号　　　　　（　　　　　） | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 職員  確認欄 | １点確認　個カ・運転・在留・障手・旅券・住カ・永住・他（　　　　　　） |
| ２点確認　資格確認書・年金・キャ・クレ・診察・行書・司書・社員・他（　　　　　） |