税等に関する送付物の送付先変更依頼書

処理決裁欄					
受付	収納課	課税課	保険年金課	係長	課長

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　変更後送付先住所と同じ

電話番号＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

受付印	

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（　　）