**【送　付　先　届　出　書】**　［　新規　・　変更　・　廃止　］

令和　　年　　月　　日

西予市長 様

被保険者（納税義務者）

受付印

住　　　所

生年 T S

月日 H R

　　　　氏　　　名

年　　月　　日

　　　　　　世 帯 主 氏 名

□同上

受付者：

下記のとおり、諸通知の送付先の変更を届出します。

記

該当欄に記入または☑

|  |  |
| --- | --- |
| 市　 税 | □市県民税　 □固定資産税 　□軽自動車税 □国民健康保険税 |
| そ の 他 | □国民健康保険業務（被保険者証・高額療養費など）□障がい者福祉業務（障害者手帳・重度心身障がい者医療など）□介護認定　　　　□介護保険料　　　　□介護資格給付□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※後期高齢者医療・国民年金等に関する送付先は、****別途手続きが必要です** |
| 送　付　先 | 住 　　所（施設名等含む） | 〒　　　　－ |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏 　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄： |
| 連 絡 先 | 　　　　　（　　　　 ） |
| 変 　更 　理　 由 |  |
| 届　出　者 | 住 　　所 |  |
| 氏　 　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄： |
| 連 絡 先 |  　（ ) |
| 変　更　開　始　日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 備 　　　考 |  |

職員記入欄

届出者本人確認　〔免許証　　マイナンバー　　保険証　　その他（　　　　　　　　　） 〕

市民課　　　　　　　　長寿介護課　　　　　　　　税務課　　　　　　　　福祉課

担当者印

担当者印

担当者印

担当者印