

【送 付 先 届 出 書】 [新規 ・ 変更 ・ 廃止]

令和 年 月 日

西予市長 様

受付印

被保険者（納税義務者）

住 所 _____

氏 名 _____ 生年 T S _____ 年 月 日
 _____ 月日 H R _____

受付者： _____

世 帯 主 氏 名 同上 _____

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		<input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税
そ の 他		<input type="checkbox"/> 国民健康保険業務（被保険者証・高額療養費など） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 介護認定 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 介護資格給付 <input type="checkbox"/> 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 <small>（施設名等含む）</small>	〒 _____
	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 担当者印

長寿介護課 担当者印

税務課 担当者印

福祉課 担当者印