高梁市税および保険料関係書類送付先変更届

　年　　　　月　　　　日

高　梁　市　長

■ 申請者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 | 〒 |  | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 生年月日 | 年 　　月 　　日 | | 納税義務者  との続柄 | 本人 |

次のとおり、地方税法第２０条に係る書類（市税および保険料関係書類）の送付先について変更することに同意します。

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　氏名：

※**納税義務者**の署名または記名押印

■　納税義務者情報　（送付先の変更を希望する納税義務者の情報を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| マイナンバー |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒 |  | 都 道  府 県 |  | | | 市 区  郡 | | | |  | | | | | 区　町  村 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

■　変更を希望する税等　（該当する税目等に〇をつけてください。指定がなければ全ての送付先を変更又は解除します。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全　税 | 市県民税 | 固定資産税 | 軽自動車税 | 国民健康  保険税 | 介護  保険料 | 後期高齢者  医療保険料 |

■　今後の送付先　（解除の場合は住所等の記入の必要はありません。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | □　送付先変更 |  | □　申請者へ送付先を変更する  □　下記の宛先に送付先を変更する | | | | | |
| □　送付先変更の解除（住民登録してある住所地へ戻す） | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 |  | | 都 道  府 県 |  | 市 区  郡 |  | 区　町  村 |
|  | | | | | | | |
| 変更する  期　　間 | 年　　　　　月　　　　　日　　　～　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  ※新送付先に住民票を移す予定がある方等は、期間終了日を必ず記入してください。 | | | | | | | |
| 変更理由  （備　　考） | □住民異動届ができない、一時的な転居 □入院、施設入所のため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） | | | | | | | |

※書類は本人の宛名で送付します。指定された送付先の宛名が本人と異なる場合は、〇〇様方と記載します。

|  |
| --- |
| 受　　　付 |
|  |

※指定された送付先に郵便が届かなかった場合、送付先の変更を解除する場合があります。

※新送付先の反映には、１か月程度かかる場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人  確認 | 免・ﾏｲ・在・保険・年金・面識 その他（　　　　　　　　　） |