

## 和気町役場 関係書類等 送付先変更届

年 月 日

和気町長 様

申請者 住 所

氏 名 (※)

(※)法人の場合は、記名押印してください。法人以外でも、本人(変更する方)以外が申請する場合は、記名押印してください。

連絡先

次の者に係る関係書類等の送付先変更を届出します。

氏 名	フリガナ			
生 年 月 日	年	月	日	性別
住 所 地				
変更を希望する書類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険資格関係 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険関係 (別途送付先変更届の提出が必要) <input type="checkbox"/> 介護保険関係 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 住民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 単県医療関係 <input type="checkbox"/> 障がい関係 <input type="checkbox"/> 老人ホーム関係 <input type="checkbox"/> その他( )			
送 付 先	〒 住 所 フリガナ 宛 名 生年月日                      年                      月                      日 電話番号 (                      )                      -			
送 付 先 を 変 更 す る 理 由 等	<input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 居住地が違うため <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 本人が郵便物の管理ができないため <input type="checkbox"/> その他(                                      )			

### 【記入上の注意】

※ □には該当する箇所に✓印を入れてください。

※ 後期高齢者医療保険については広域連合提出用の送付先変更届もご提出ください。

### 和気町役場使用欄

税	国民健康保険	介護保険	後期高齢者医療保険	単県医療	福祉係