

小川町長 あて

《申請者》住 所 _____

氏 名 _____ ④

電話番号 (_____) _____

納税義務者・被保険者との関係 (_____)

小川町町税・国民健康保険・介護保険及び後期高齢者医療関係書類送付先変更届

当該納税義務者・被保険者に対する町税、国民健康保険、介護保険及び後期高齢者医療制度に関する通知等については、以下の理由により住民登録地での受取りが困難であるため、裏面の注意事項を承諾したうえで、送付先を変更するよう依頼します。なお、この送付先変更に関する事項は、納税義務者・被保険者ならびに送付先に説明済みであり、届出に起因した問題に対する責任は、申請者である私が負うことに同意します。

被納税義務者・被保険者	住 所			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
	氏 名			年 月 日
送付先	住 所	〒 _____		
	氏 名	様方内	電話番号	(_____)
	関 係	本人・親族(_____)・成年後見人・その他(_____)		
送付先変更の理由				
送付先変更期間		永年 ・ 期間指定(_____ 年 _____ 月まで)		
送付書類	税目	1. 町県民税 2. 固定資産税 3. 軽自動車税		
	国民健康保険	1. すべての関係書類 2. 国民健康保険税関係書類 3. 被保険者証・給付等関係書類		
	介護保険	1. すべての関係書類(被保険者証・給付・保険料等)		
	後期高齢	1. すべての関係書類(被保険者証・給付・保険料等)		

※以下、処理欄

受付窓口： 税務課 長生き支援課 町民課

受付方法： 窓口 郵送

担当課への写し回付： 税務課 長生き支援課 町民課

(裏面)

《 注意事項 》

届出に当たりましては、次の事項に注意してください。

- 1) 送付先変更をするに当たっては、納税義務者（被保険者）及び送付先両者の承諾を得てください。
- 2) 申請時に課税されている種目及び資格を有している種目のみ送付先を変更します。送付先変更届を提出後、新たに追加したい種目が発生した場合には、改めて申請してください。
- 3) 転居・転出・その他の理由により、登録されている送付先を変更・廃止する場合は改めて届出書を提出してください。届出をしない場合は、引き続き登録のある送付先へ送付されますのでご注意ください。
- 4) この送付先変更届は、送付する住所を変更するだけで、納税義務者（被保険者）は変更されません。
- 5) 町税・介護保険料及び後期高齢者医療保険料の送付先変更を行い未納となった場合にはそれに付随する書類（督促・催告書）は、変更後の送付先へ送付されます。

《 添付書類 》

- 1) 納税義務者（被保険者）・送付先が所持する公的機関発行の書類の写しが1点以上必要です。

公的機関発行の書類のうち、顔写真付きのもの（運転免許証・個人番号カード等）は1点、顔写真付きでないもの（健康保険証・年金手帳・納税通知書等）は2点以上が必要です。
- 2) 成年後見人・保佐人がいる場合、登記事項証明書（原則、申請日から6か月以内の証明日のもの）又は家庭裁判所の証明書（審判）の写しが必要です。
- 3) 送付先が法人（施設）の場合、商業登記簿謄本等（所在地・名称が記載されているもの）の写しが必要です。