

該当する区分に○をしてください

申請日をご記入ください

記入見本

届出区分 (新規・変更・廃止)

令和〇年〇月〇日

小川町長 宛

《届出人》

〒355-0327

住 所 比企郡小川町大字腰越〇▲〇番地

受付印

氏 名 小川 花子

電話番号 0493(72)〇〇〇〇

本人との関係 ( 子 )

届出人の住所等を  
ご記入ください

## 小川町 町税等関係書類送付先変更届

下記にて選択した本人に対する小川町からの関係書類については、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届け出ます。なお、この送付先変更に関する事項は、本人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、届出人である私が負うことに同意します。

本人	住 所	比企郡小川町大字大塚口〇〇番地				
	フリガナ	オガワ タロウ		生年 月 日	大・昭・平	
	氏 名	小川 太郎			20年 1月 1日	
送付先	住 所	〒 355 - 0327 比企郡小川町大字腰越〇▲〇番地				
	氏 名	小川 花子	様方 内	電話番号	0493 (72) 〇〇〇〇	
	関 係	本人・親族( 子 )・成年後見人・その他( )				
送付先変更の理由	送付先の住所に住んでいるため					
送付先変更期間	(永年)・期間指定( 年 月まで)					
送付先 変更 書類	町税	① 町県民税	② 固定資産税	③ 軽自動車税	・希望する種目に ○をしてください	
	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. 資格関係書類・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 (資格関係・給付関係・保険料関係)				
	障害福祉	① すべての関係書類 (障害者手帳、自立支援医療等)				
	保健衛生	① すべての関係書類 (健(検)診、予防接種等)				

ご本人の住所等を  
ご記入ください

送付先になる方の  
住所等をご記入ください

理由をご記入ください

変更期間をご記入ください

※以下、小川町処理欄

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  健康福祉課

(受付課は課名を○で囲む)

・裏面の《 注意事項 》をご確認いただいた上、  
該当する《 添付書類 》をご用意くださるようお願ひいたします。