

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

小川町長 宛

〒 355-0327
《届出人》 住 所 比企郡小川町大字腰越○▲○番地

受付印

氏 名 小 川 花 子
電話番号 0493(72)0000
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□□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○▲○番地		
	氏 名	小 川 花 子	様方 内	電話番号 0493 (72) 0000
	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		
	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

・希望する種目に
○をしてください

※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いいたします。