

送 付 先 変 更 届

年 月 日

四万十市長 様

以下のとおり、送付先の変更を届出します。

送付先を変更 したい文書 (該当するものに☑)	☐ 軽自動車税	
	☐ 市県民税	
	☐ 固定資産税	→窓口③にて詳細を確認してください
	☐ 国民健康保険税	
	☐ 介護保険	→窓口⑦にて詳細を確認してください
	☐ 国民健康保険	→窓口③にて詳細を確認してください
	☐ 後期高齢者医療保険	
☐ 予防接種・健診(検診)	→窓口④にて詳細を確認してください	

届出人	住所	(〒 -)		
	フリガナ		電話番号 (携帯電話)	
	氏名		続 柄 (本人との関係)	

本人 (対象者)	住所	(〒 -)		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		続 柄	☐ 世帯主である ☐ 世帯主ではない

今後の 送付先	住所	☐ 上記届出人と同じ (〒 -)		
	フリガナ		電話番号 (携帯電話)	
	氏名		続 柄 (本人との関係)	

変更理由 (該当するものに☑)	☐ 一時的な居所の変更【変更期間： 年 月 日～ 年 月 日】
	☐ 施設等入所のため【名称： 】
	☐ 本人による管理が困難なため
	☐ その他(具体的に)

※処理欄

受付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ その他	受付者	
確認書類 (コピー添付のこと)	☐ マイナンバー ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 健康保険資格確認書 ☐ 登記事項証明等 ☐ その他資料【 】		
介護保険係確認欄	☐ 受給者管理 ☐ 納付 ☐ 給付実績		
資産税係確認欄	☐ 所有者の住所氏名の変更 ☐ 相続管理人の住所氏名変更 ☐ 納付書の送付先変更 ☐ 住民登録外の変更		
備 考 欄			