

矢板市長様

申請者

住所 _____
 氏名 _____
 生年月日 大・昭・平・令 _____
 電話番号 _____

送付先変更申請書

(新規 変更 解除)

納税義務者名 又は被保険者	住所	〒 _____
	フリガナ 氏名	_____
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	電話番号	_____
変更後の 送付先	住所	〒 _____
	フリガナ 氏名	_____
	変更年月	年 月 ~ 年 月
	納税義務者又は 被保険者との続柄	本人・配偶者・子・子の子・兄弟姉妹・ _____ ・成年後見人 (登記事項証明書添付)
	電話番号	_____
書類の種類	<input type="checkbox"/> 市・県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税・都市計画税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険料関係書類 <input type="checkbox"/> 介護保険関係書類(給付・減免・認定) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険証 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

市処理欄

被保険者 番号	国民健康保険	や -	本人確認	納税義務者・送付先となる方・その他 (_____)
	介護保険	_____		・運転免許証 _____ 保険証
	後期高齢者医療保険	_____		・マイナンバーカード _____ ・その他 (_____)

	市民税					資産税		管理収納	徴収	高齢対策課	健康増進課
	①介護システム	②介護	③市県民税	④国保	⑤後期	⑥固定	⑦軽自				
入力者											
確認者											

受付者

基本コード _____

納税管理人 有 ・ 無

