

## 送付先変更（解除）届

令和 年 月 日

芦北町長様

申請者	氏名		㊟	本人との関係( )
	住所	〒 —		電話番号 ( ) —

※申請者が対象者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要です。

対象者 (納税義務者) (被保険者)	被保険者番号	国民健康保険		芦北
		介護保険		
	氏名		㊟	生年月日 年 月 日
	世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 同上		
住所				電話番号 ( ) —

※申請者が上記対象者でない場合、申請者に委任します。

送付先	変更後の住所	〒 — <input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	フリガナ	
	氏名 (方書)	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	電話番号	( ) —
理由	変更・解除	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 後見人に送付 <input type="checkbox"/> 送付先の必要がなくなったため (解除の場合) <input type="checkbox"/> その他 ( )
変更が必要な書類 (変更するものにチェックしてください)	国民健康保険	<input type="checkbox"/> 保険証関係のみ <input type="checkbox"/> 医療費通知関係 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	介護保険	<input type="checkbox"/> 介護保険全帳票 <input type="checkbox"/> 食の自立支援事業管理 <input type="checkbox"/> 一部帳票 (介護被保険者管理   介護要介護認定管理 介護受給者管理   介護給付管理   介護賦課管理)
	障がい者福祉	<input type="checkbox"/> 手帳関係 (身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 重心医療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・児童福祉サービス <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (更生医療・育成医療・精神通院)
	税	<input type="checkbox"/> 個人住民税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税
	健康増進課	<input type="checkbox"/> 健康増進課に係る送付物
	( )	<input type="checkbox"/> ( )に係る送付物 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	( )	<input type="checkbox"/> ( )に係る送付物 <input type="checkbox"/> その他 ( )

書類の送付先を、上記のとおり変更していただくようお願いいたします。今後、内容に変更があった場合は速やかに届け出ます。

身分証確認	<input type="checkbox"/> 済	受付者		各課 受取印	
-------	----------------------------	-----	--	-----------	--