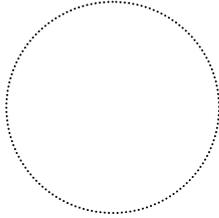


送付先 変更・変更解除 届

(宛先) 愛西市長

年 月 日



届出者 (〒 -)

住所 _____

フリガナ _____

氏名 _____ (届出者本人の署名が必要です)

続柄 _____ 電話番号 () - _____

変更 (以下のとおり届出します。ただし変更後の住所に郵便物が届かなくなった又は連絡がとれなくなった場合、適宜送付先変更を解除することを了承します。)

送付先変更期間: 年 月 日まで (保険税・保険料関係のみ届出日より1年以内)

(期間経過後も継続して希望される場合は、再度提出が必要となります。)

変更解除 (送付先変更を解除し、現住所に戻すよう届出します。) ※欄のみご記入ください。

変更対象者 ※国保事務は 世帯主のみ 可	氏名		生年 月日	T・S・H・R 年 月 日		
	住所					
送付先	フリガナ 氏名		続柄	電話 番号	() -	
	<input type="checkbox"/> 届出者欄に 同じ	住所	〒 -			
届出理由	<input type="checkbox"/> 成年後見人等を受取人とするため (証明書添付): 「納税義務者〇〇様 成年後見人〇〇様」 <input type="checkbox"/> 世帯主が被保険者でないため (同居のみ): 「納税義務者〇〇様 (〇〇様分)」 <input type="checkbox"/> その他 (具体的にご記入ください: _____)					
送付先を 変更する 業務 (※)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 (資格確認書等)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険税関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(記号番号)			
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 (資格確認書等)・健診関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	(被保険者番号)			
	<input type="checkbox"/> 福祉医療 (保険年金課)	<input type="checkbox"/> 全て	(受給者番号)			
	<input type="checkbox"/> 介護保険 (高齢福祉課)	<input type="checkbox"/> 全て <input type="checkbox"/> 資格 (保険証)・給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	(被保険者番号)			
	<input type="checkbox"/> 障害福祉 (社会福祉課)	<input type="checkbox"/> 全て	(宛名番号)			
<input type="checkbox"/> この届出に係る一切の手続きを、上記届出者に 委任します。 委任者氏名 _____ (委任者本人の署名が必要です)		受付者	業務担当	確認欄	入力者	
		受付 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 支所	送付 (原本・写し) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 社会 <input type="checkbox"/> 支所	<input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 上水道課 (佐織・八開) <input type="checkbox"/> 下水道課		

◇変更対象者以外が届出する場合は、委任が必要です。

マイナンバーカード・免許証・障害者手帳・在留カード・その他 ()

- ※ 国保・後期については、業務別で届出できますが、同じ送付先が原則です。
- ※ 送付先変更した業務等について、変更がある場合は、再度届出が必要です。
- ※ 届出者の本人確認書類のコピーを添付してください。

本人確認書類は次のとおりとします。

1点で確認：官公署の発行する写真が貼付された証明書

(例) マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・在留カード・障害者手帳など

2点で確認：同一種類の書類をもって2点としないこと

(例) 健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証など

平成22年12月 6日作成

平成22年12月 7日修正

平成22年12月15日修正 (フリガナ)

(社会福祉欄)

平成23年 7月22日修正 (委任欄)

平成25年 6月18日修正 (委任欄)

(社会福祉欄)

平成25年 6月21日修正 (福祉医療欄)

平成28年 1月18日修正 (宛名番号)

(本人確認欄)

令和 2年 2月14日様式改正

令和 2年10月16日様式改正

令和 3年 1月22日様式改正

令和 3年 5月31日修正 (押印関係)

令和 3年12月28日修正 (確認欄)

令和 6年12月 2日様式改正