

市税等各種通知類等送付先変更申請書

市民	
税務	
長寿	

令和 年 月 日

上野原市長 宛

次のとおり、市税等に関する諸通知の送付先の変更を申請いたします。また、**住民票の異動及び新たな課税等があった場合には、ただちに届出いたします。**

申請者（届出にきた方）※本人指示による代筆の場合、裏面下段に代筆者の住所・氏名・関係を記入してください。

届出年月日	令和 年 月 日		
フリガナ 氏名			納税義務者 との関係
	<small>※本人、または本人の同意を得た親族が届け出てください。</small>		
住所	〒		
	電話番号 ()		

対象者（納税義務者・被保険者）

番号等 <input type="checkbox"/> 宛名 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 後期		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒		
	電話番号 ()		

対象税目等 (いくれかに チェックし てください)	<input type="checkbox"/> 全税目及び使用料 <input type="checkbox"/> 一部税目及び使用料 ※変更を希望する税目等を丸で囲んでください。 (市県民税、法人市民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険 税、介護保険料、後期高齢者医療保険料、市営住宅使用料、 こども園・保育所保育料、学童保育料)
変更理由等	該当する理由にチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> 送付先に滞在しているため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()

※住民票上の住所に戻す場合は、その他にチェックし「設定の解除」と記入してください。

送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる送付先を希望する（住所・氏名等を記入してください）	
	〒	
	電話番号 ()	
フリガナ 送付先氏名		被保険者との 関係

税務課以外からの市から送付される通知等の変更届

対象通知等 〔送付先の変更を希望する項目を丸で囲んでください〕	〔国民健康保険、介護保険、市営住宅使用、 こども園・保育所保育、学童保育〕		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 表面の新しい送付先住所と同じ <input type="checkbox"/> 表面と異なる送付先を希望する（住所・氏名等を記入してください）		
	〒 電話番号 ()		
フリガナ 送付先氏名		被保険者と の関係	

※この申請書は、あくまで現在把握できている税、使用料及び関係書類について送付先を設定するもので、当市から発送する全ての送付物について、送付先を設定するものではありません。

後期高齢者医療制度の各種通知類等送付先（変更・終了）申請書

※後期高齢者医療関係の書類の送付先を変更・終了する場合に記入してください。

（宛先） 上野原市長
山梨県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり、表面の対象者（納税義務者・被保険者）の後期高齢者医療に関する諸通知の送付先の（変更・終了）を申請いたします。なお、申請者以外から異議の申出があったときは、私の責任において解決し、上野原市および広域連合に一切迷惑を掛けないことを確約します。また、この内容に変更があった場合には、直ちに申請いたします。

変更理由等	該当する理由にチェック☑してください	左記の理由により、送付先を変更する書類（変更するものにチェック☑してください）
	<input type="checkbox"/> 書類管理ができないため <input type="checkbox"/> 入院・入所中のため <input type="checkbox"/> 送付先に滞在しているため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> すべての書類 <input type="checkbox"/> 資格に関する書類 <input type="checkbox"/> 給付に関する書類 <input type="checkbox"/> 賦課に関する書類 <input type="checkbox"/> 収納に関する書類

送付先住所	<input type="checkbox"/> 表面の新しい送付先住所と同じ <input type="checkbox"/> 表面と異なる送付先を希望する（住所・氏名等を記入してください）		
	〒 電話番号 ()		
フリガナ 送付先氏名		被保険者と の関係	

代筆者 氏名 _____ 住所 _____ 関係 _____