

送付先変更届

年 月 日

南九州市長 殿

次のとおり送付先の変更を届け出ます。

1. 区分 (送付先を変更するものに ○ をしてください。)

- 納税通知書等 (・ 全ての税目 ・ 固定資産税 ・ 軽自動車税種別割
・ 市民税 ・ 国民健康保険税 ・ 介護保険料 ・ 後期高齢者医療保険料)
- こども未来課 (・ 子育て支援係 ・ こども家庭係)
- 障害福祉 (・ 手帳関係 ・ 重度心身障害者医療費助成 ・ 障害福祉サービス等)
- 健康管理 (・ 予防接種 ・ 各種健診等)
- 国民健康保険 (・ 資格 : 医療費通知等 ・ 給付 : 高額療養費通知等)
- 介護 (予防) 等サービス費通知

2. 対象者 (納税義務者, 受給者, 受診者, 被保険者 等)

住 所	〒		
フリガナ 氏 名			
電話番号		生年月日	
宛名番号 ()			

3. 変更後の送付先

住 所	〒			
フリガナ 宛名・様方				
電話番号				
変更理由				
変更の期間	開始年月	令和 年 月から	終了年月	年 月まで

・ 終了年月が未定の場合は記入不要です。

4. 届出者 (対象者と異なる場合は, ご記入ください。)

住 所	〒		
フリガナ 氏 名			
電話番号		生年月日	年 月 日
対象者との続柄	No. ()		

※後期高齢者医療制度については, 提出先が異なるため書類が別になりますので, 保険係へご連絡ください。

※国民健康保険については, 世帯員のみの変更はできません。

※世帯主を変更した場合, 国民健康保険については, 再度送付先変更届を提出する必要があります。

本人 (届出者) 確認欄	1 点顔写真あり	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> パスポート
	2 点顔写真なし	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

原本を保管している係名	保険係	処理欄	
-------------	-----	-----	--