

送付先 変更 解除 届 (市税・保険料等について)

年 月 日

常陸大宮市 関係各課長 様 (受付課:)

納税義務者 被保険者	
生年月日	年 月 日
住 所	〒
電話番号	() —

下記のとおり送付先変更を届け出ます。(解除届の場合、記入は不要です)

フリガナ		上記の方 との関係
送付先氏名		
生年月日	年 月 日	
送付先住所	〒 (アパート名・部屋番号等まで記入願います)	
電話番号	() —	

送付先変更(解除)を希望する項目 (にチェックを付けてください)

下記のすべて

市県民税 軽自動車税 固定資産税

介護保険 (保険料 給付 利用者減免 認定)

国民健康保険 (保険税 保険証)

後期高齢者医療保険料 (※資格・給付は別途, 広域連合用の届も必要です)

届出者

氏 名 _____ 印

住 所 _____

電話番号 () — _____