**送付先　　　届**（市税・保険料等について）

**変更**

**解除**

令和　　　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 | 明・大・昭・平・令　　　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 | 明・大・昭・平・令　　　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（別途，広域連合用の届も必要です。）

**□**医療福祉費支給制度（マル福）

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | （　　　　）　　　－ |