送付先 変更/解除 届（市税・保険料等について）

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）　☐高齢者予防接種　☐墓地管理手数料

届出者

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 （　　）　　－ ＿＿＿＿