

送付先 変更 届 (市税・保険料等について)
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 ☐資格確認書等）

☐ 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 () — _____