

異送付申請書

令和 年 月 日

長浜市長 様
後期高齢者医療広域連合長 様

申請者	住所			
	氏名			
	電話番号		対象者との続柄	

以下の7点について確認・了承したうえで、下記のとおり送付先の変更を申請します。
 (1) 送付先の変更について、異送付対象者および異送付先名義人双方の了承があること。
 (2) この申請の内容に変更が生じたときは、市へ速やかに連絡すること。
 (3) 転出、転入、転居等の住所異動をした場合は、異送付設定が解除されること。
 (4) 異送付先から郵便が返戻となった場合は、異送付設定が解除されること。
 (5) 滞納処分の対象は納税（付）義務者となること。
 (6) 催告書および滞納処分にかかる通知等は、この異送付先に送付できない場合があること。
 (7) 異送付により生じるトラブルは、申請者において解決すること。

対象者 被保険者 納税義務者 世帯主	住所					
	氏名					
	生年月日	大・昭・平・西暦	年	月	日	電話番号
異送付先	住所	〒 ー				
	方書き	様方			電話番号	
	生年月日	大・昭・平・西暦	年	月	日	対象者との続柄
異送付先宛名に、対象者の氏名表示 ※税・料関連・後期高齢者医療関連は必ず納税義務者名を表示します。						表示する ・ 表示しない
異送付の対象物・税目 ※あてはまるものに ○をしてください。	市税	すべて・固定資産税・市県民税・軽自動車税（種別割）				
	国民健康保険	すべて・被保険者証（兼高齢受給者証）・限度額等認定証・各種申請書・保険料				
	介護保険 (65歳以上)	すべて・その他（ ） ※可能な範囲となりますので、内容をご相談ください。				
	後期高齢者医療 (75歳以上)	すべて・資格関係・給付関係・保険料・その他（ ） ※後期高齢者医療の資格を取得中の方のみ○印をしてください。 (それ以外の方については無効となります)				
	福祉医療・他	福祉医療・その他（ ） ※資格をお持ちの方のみ記入してください。				
しょうがい関係	すべて・しょうがい手帳・その他（ ）					
異送付期間	<input type="checkbox"/> 市へ連絡するまでずっと <input type="checkbox"/> 今回のみ <input type="checkbox"/> 令和 年 月まで					
異送付理由	<input type="checkbox"/> 施設入所のため（施設名： ）					
	<input type="checkbox"/> 住所地以外で居住しているため					
	<input type="checkbox"/> 本人が管理できないため（理由： ）					
	<input type="checkbox"/> その他（理由： ）					
特記事項						

承諾書

長 浜 市 長 様

本 人	<住所>
	<氏名>
	大正・昭和・平成 年 月 日生
	電話番号 () -

※自署の場合、押印は不要です。

私は、下記の者を代理人と定め、私の異送付申請書を提出することについて承諾します。

代理人	<住所>
	<氏名>

※承諾書はすべて本人が自署してください。

※住所が同じであっても世帯を分けている人は、承諾書が必要です。

※本人のしょうがい等によりやむをえず代筆する場合は、その理由と代筆者氏名を備考欄に記入してください。
(遠隔地居住であることは代筆の理由になりません。)

備考	◆本人が下記の理由により自署できないため、代筆します。
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> () (代筆者 :) </div>

※以下は記入しないでください。

届出人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()						
宛名番号	税務課	介護保険課	保険年金課	しょうがい福祉課	北部・支所	滞納整理課	
宛名番号(異送付先)					支所		
被保険者番号							