

送付先変更申請書

令和 年 月 日

長浜市長 様
後期高齢者医療広域連合長 様

身分証明書(免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

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、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、対象者および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、送付先設定が解除されること。
 - (4) 変更送付先から郵便が返戻となった場合は、送付先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、この送付先に送付できない場合があること。
 - (7) 送付先変更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	
変更送付先	住 所	〒					
	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	
変更送付先宛名に、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	
送付先変更を希望する書類 ※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）・法人市民税					
	国民健康保険	すべて・資格確認書・資格情報通知書（資格情報のお知らせ）・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（ ）					
送付先変更期間	☐ 市へ連絡するまでずっと ☐ 今回のみ ☐ 令和 年 月まで						
送付先変更理由	☐ 施設入所のため（施設名： ）						
	☐ 住所地以外で居住しているため						
	☐ 本人が管理できないため（理由： ）						
	☐ その他（理由： ）						
特 記 事 項							

承 諾 書

長 浜 市 長 様

本 人	<住所>
	<氏名> 印
	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、私の送付先変更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。 ()
	(代筆者 :)

※以下は記入しないでください。

届出人確認	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 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・各窓口	滞納整理課	
宛名番号(変更送付先)							
被保険者番号							