

# 納税通知書等送付先変更届 ( 登録 ・ 廃止 )

令和 年 月 日

半田市長 様

下記のとおり送付先を変更してください。また、送付先の変更にあたり、以下のことを誓約します。

- ・ ①、②、⑤ 全員が内容を把握した上、提出します。
- ・ 内容に変更が生じた場合は、すみやかに届出をします。
- ・ 連絡がとれなくなった場合は、送付先の解除を了承します。

**太線枠内①から⑤を記入してください。**

①納税義務者 ・納付義務者	住所	※住民票に記載されている住所を記入してください。		
	氏名	※自署または記名押印	電話番号	
	生年月日	( T ・ S ・ H ・ R )	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 提出等の手続きを ⑤提出者 に委任します。			

②送付先	住所	□ □ □ - □ □ □ □		
			続柄	
	電話番号	生年月日	( T ・ S ・ H ・ R )	年 月 日

③送付先の変更を希望する税目 (希望する税目に「」を記入してください。)

全て	市県民税	軽自動車税	固定資産税	国民健康保険税	介護保険料	後期高齢保険料	福祉医療	滞納整理
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

④変更理由 (変更する理由にを記入してください。)

<input type="checkbox"/> 住所や氏名の変更があったため	<input type="checkbox"/> 現住所と居住地が異なるため		
<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 死亡のため	<input type="checkbox"/> 自己管理できないため
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

※ 適用日 令和 年 月 日 申請日と異なる場合は記入してください。

⑤提出者 (納税義務者・納付義務者又は送付先と同じ場合はを記入してください。)

<input type="checkbox"/> ① 納税義務者・納付義務者に同じ				<input type="checkbox"/> ② 送付先に同じ				⇒ 以下は記入不要です。	
住所				電話番号					
氏名				電話番号					
続柄	生年月日	( T ・ S ・ H ・ R )	年 月 日						

⑥本人確認書類 (郵送の場合は、納税・納付義務者の本人確認書類を添付または同封してください)

※本人確認書類 (顔写真付) を1枚添付してください。

- ・運転免許証
- ・運転経歴証明書 (住所氏名の変更がある場合は、裏面も添付してください)
- ・マイナンバーカード
- ・身体障害者手帳
- ・在留カード
- ・特別永住者証明書
- ・パスポート (住所記載のあるもの) 等

※本人確認書類 (顔写真付) がない場合は、以下の書類を2枚添付してください。

- ・健康保険証
- ・年金手帳
- ・パスポート (住所記載のないもの) 等

※住所氏名の変更がある場合は、裏面も添付してください

- ・運転免許証
- ・運転経歴証明書

※本人確認書類 (顔写真付) がない場合は、以下の書類を2枚添付してください。

- ・健康保険証
- ・年金手帳
- ・パスポート (住所記載のないもの) 等

記載の本人確認書類をお持ちでない場合は、担当課にご相談ください。

各課処理欄（記入の必要はありません。）

国民健康保険

被保険者番号	0 0	<input type="checkbox"/> 福祉医療
登録業務	<input type="checkbox"/> 医療費通知（国民健康保険給付） <input type="checkbox"/> 高額療養費	

介護保険料

被保険者番号	0 0 0 0	
帳票管理区分	<input type="checkbox"/> 受給者管理 <input type="checkbox"/> 納付管理 <input type="checkbox"/> 給付実績管理	
使用開始	令和 年 月 日から	使用終了 令和 年 月 日から

福祉医療・健康かるて

登録業務	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 母子家庭 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者福祉 <input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	---

処理欄（【宛名番号】

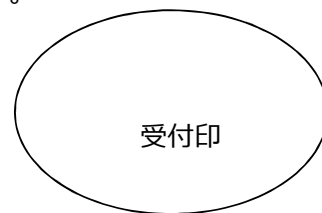
確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（
受付担当者	<input type="checkbox"/> 税務課 <input type="checkbox"/> 国保年金課 <input type="checkbox"/> 高齢介護課 <input type="checkbox"/> 収納課

受付・連絡 (担当者)	市民税	軽自	固定	国保	介護	後期高齢	収納	入力	確認

( コピー  TEL入力  リスト入力等)

納税通知書等変更届出書に基づき、送付先を変更してよろしいか。

課長	副主幹	主査	担当者



受付印