

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	□ □ □ - □ □ □ □		
	氏名		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					
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 (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・在留カード・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) がいない場合は、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
・運転経歴証明書	・運転経歴証明書
・身体障害者手帳	※本人確認書類 (顔写真付) がいない場合は、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
・特別永住者証明書	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

