

納税通知書等送付先変更届  
( 登録 ・ 変更 ・ 廃止 )

令和 年 月 日

半田市長 様

太線枠内①から⑤を記入してください。

①申請者 (納税・納付 義務者)	住所			
	氏名		電話番号	
	生年月日	(T・S・H)	年 月 日	

②送付先	住所	□□□-□□□□		
	氏名		続柄	
	電話番号		生年月日	(T・S・H) 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。)

税 目	<input type="checkbox"/> 市県民税	<input type="checkbox"/> 軽自動車税	<input type="checkbox"/> 固定資産税	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 介護保険料	<input type="checkbox"/> 後期高齢保険料	<input type="checkbox"/> 滞納整理
			※1			※2	

※1 固定資産税に「○」を記入する場合は、送付先を設定する資産にも「○」を付けてください。

単有資産 のみ	<input type="checkbox"/>	共有資産 のみ	<input type="checkbox"/>	全ての 資産	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------

※2 後期高齢保険料に「○」を記入する場合は、裏面にも印する項目があります。

④変更理由 (変更する理由に☑を記入してください。)

<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届出人 (送付先と同じ場合は☑を記入してください。続柄以下は省略)

届出人	<input type="checkbox"/> 送付先に同じ	電話番号	
	住所		
	氏名	続柄	
	生年月日	(T・S・H)	年 月 日

上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。

- ・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。

処理欄 (【宛名番号】 □□□□□□□□ )

確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<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

連絡 (担当者)	市民税	軽自	固定	国保	介護	後期高齢	収納

受付印

**各課処理欄（記入の必要はありません。）**

市民税・県民税

対象年度	年度	合計所得金額
------	----	--------

軽自動車税

確認事項	<input type="checkbox"/> 死亡者名義で所有している	名義変更等の依頼が必要となります。
------	---------------------------------------	-------------------

固定資産税

相続人代表者指定届の案内（地方税法第9条の2第1項の届出）

依頼日	令和 年 月 日	窓口対応者
依頼者	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ <input type="checkbox"/> その他（ ） 続柄（ ）	
依頼方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送（ ） <input type="checkbox"/> その他（依頼できない理由： ）	

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

後期高齢者医療制度

被保険者番号	<input type="checkbox"/> 健診
--------	-----------------------------

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（ ）
------	---

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	入力	確認

( コピー  TEL入力  リスト入力等)