

税等に関する送付物の送付先変更依頼書

処理決裁欄					
受付	収納課	課税課	保険年金課	係長	課長

基本コード又は記号番号、 被保険者番号						
対象者氏名		生年月日		年	月	日
住所	武蔵村山市					
	電話番号 ()					

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更の解除	
-------	--	--

(『依頼の内容』で「送付先変更」を選択された方は御記入ください。)

理由 (番号に○をしてください)	1. 施設入所しているため 2. 病院等に入院しているため 3. 本人が管理できないため 4. 本人死亡のため 5. その他 ()				
送付先の変更を希望する項目	<input type="checkbox"/> 右記の項目 全て	<input type="checkbox"/> 市・都民税・森林環境税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 固定資産税(土地・家屋・償却資産) <input type="checkbox"/> 国民健康保険関係 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療関係			
送付先変更期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
変更前 <input type="checkbox"/> 対象者と同じ <small>対象者と同じ場合右欄記入不要</small>	住所				
	氏名		対象者との関係		
	法人名				
変更後	住所				
	氏名		対象者との関係		
	法人名				

武蔵村山市長 殿

年 月 日

上記の項目に関する通知書等の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。

依頼者 氏名 _____

住所 _____

変更後送付先住所と同じ

電話番号 _____ ()

受付印	
-----	--

職員 確認欄	1点確認	個カ・運転・在留・障手・旅券・住カ・永住・他 ()
	2点確認	資格確認書・年金・キャ・クレ・診察・行書・司書・社員・他 ()