

税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					
変更対象者氏名		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 <small>(番号に○をしてください)</small>	1. 成年後見人・任意後見人・保佐人・補助人が選任されたため（登記事項証明書写し添付） 2. 施設入所しているため 3. 病院等に入院しているため 4. 本人が管理できないため 5. その他 ()				
送付先の変更を希望する税目	<input type="checkbox"/> 右記の税目全て	<input type="checkbox"/> 市・都民税 <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(税・療養費) <input type="checkbox"/> 国民健康保険(保険証)			
送付先変更期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
送付先	〒 - _____ 電話番号 ()				
送付先宛名	(法人の場合)事務所名： _____ (担当者)氏名： ^{ふりがな} _____ 対象者との関係：()				

武蔵村山市長 殿

年 月 日

上記の税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 _____

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 保険証・年金・キャ・クレ・診察・行書・司書・社員・他 ()