

基本コード又は記号番号			
変更対象者氏名	村山 太郎	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	武蔵村山市本町1-1-1	電話番号	〇〇〇 (△△△) ××××

依頼の内容	<input checked="" 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. 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 checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 (税・療養費) <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 (保険証)	
送付先変更期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和△△年 △△月 △△日 まで		
送付先	〒〇〇〇-△△△△ 武蔵村山市学園4丁目5-1 電話番号 〇〇〇 (△△△) ××××		
送付先宛名	(法人の場合)事務所名: _____ (担当者)氏名: <small>ふりがな</small> 村山 花子 対象者との関係: ( 娘 )		

武蔵村山市長 殿

〇〇年 〇〇月 〇〇日

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 村山 花子

住所 \_\_\_\_\_

送付先住所と同じ

電話番号 〇〇〇 (△△△) ××××

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 ( )