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	□ 送付先変更　□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 （番号に〇をしてください）	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	□右記の税目全て	□市･都民税　□軽自動車税　□固定資産税(土地･家屋･償却資産) □国民健康保険（税･療養費）　□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（　　）