

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	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	☐ 送付先変更 ☐ 送付先変更の解除
-----------	--

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	☐ 右記の項目全て	☐ 市・都民税・森林環境税 ☐ 軽自動車税 ☐ 固定資産税(土地・家屋・償却資産) ☐ 国民健康保険関係 ☐ 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 ☐ 対象者と同じ 対象者と同じ場合右欄記入不要	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	受付印	
	住 所		
	☐ 変更後送付先住所と同じ		
	電話番号	()	

職 員 確認欄	1点確認 個力・運転・在留・障手・旅券・住力・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（ ）