

裏面の注意事項を必ずご確認ください

送付先変更届

記入上のお願い

令和 年 月 日 提出

阿賀野市長 様

関係書類の送付先変更について、三者〔届出人・名義人（死亡者を除く）・送付先（受取人）〕同意のうえ、次のとおり届け出ます。

なお、この届け出に関して生じた問題は、届出人が責任をもって対処することを了承します。

太枠内に記入してください。

届出人 (窓口に来た人)	フリガナ				
	氏名			(名義人から見た) 続柄	
	住所	〒	都道 府県	市区 町村	番 号 番地
電話番号		—	—	日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。	

記入される方の氏名・住所等を記入します。

名義人 □届出人と同じ	フリガナ			生年月日	
	氏名			明大	年 月 日
	住所	〒	都道 府県	市区 町村	番 号 番地
電話番号		—	—	日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。	

送付先が上段の届出人と同じ場合は ✓

送付先(受取人) □届出人と同じ	フリガナ				
	氏名				
	住所	〒	都道 府県		
電話番号		—	—	日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。	

実際に送付する方の住所・氏名等を記入します。
※名義人ご本人様以外の場合は、必ず名義人の同意が必要です。

有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変更理由	<input type="checkbox"/> 名義人が施設入所中のため <input type="checkbox"/> 名義人が管理できないため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入: 変更理由を記入してください。)

届出人の本人確認ができる書類の写しを必ず添付して	届出人 本人確認方法
税務納付書・通知書関係 <input type="checkbox"/> 市民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
事務処理欄 希望するものを選びます。	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 資格確認書等・医療費関係通知書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 医療費関係通知書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 保険料納付書・通知書 <input type="checkbox"/> 介護保険 保険証・保険料納付書・通知書 <input type="checkbox"/> 障がい福祉 <input type="checkbox"/> その他 ()

※資格確認書等: 資格確認書または資格情報のお知らせ ※写しを添付すること。