

裏面の注意事項を必ずご確認ください

送 付 先 変 更 届

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			(名義人から見た) 続柄	
	氏 名				
	住 所	〒	— 都 道 市 区 番 号 府 県 町 村 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。	

名 義 人 □届出人と同じ	フリガナ			生年月日	
	氏 名	()		明 大 年 月 日 昭 平 令	
	住 所	〒	— 都 道 市 区 番 地 府 県 町 村	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 (受取人) □届出人と同じ	フリガナ			(名義人から見た) 続柄	
	氏 名				
	住 所	〒	— 都 道 市 区 番 号 府 県 町 村 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。	

有 効 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変 更 理 由	☐ 名義人が施設入所中のため ☐ 名義人が管理できないため ☐ その他 (具体的に記入:)

関係書類		届出人
税務納付書・通知書関係	保険・福祉関係	本人確認方法
☐ 市民税 ☐ 固定資産税 ☐ 軽自動車税 ☐ 国民健康保険税	☐ 国民健康保険 資格確認書等・医療費関係通知書 ☐ 後期高齢者医療 資格確認書等 ☐ 後期高齢者医療 医療費関係通知書 ☐ 後期高齢者医療 保険料納付書・通知書 ☐ 介護保険 保険証・保険料納付書・通知書 ☐ 障がい福祉 ☐ その他 ()	☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証 ☐ 運転免許証 ☐ 預貯金通帳 ☐ その他 ()
事務処理欄		※写しを添付すること。

注意事項

この注意事項を必ず確認していただき、全ての内容に同意のうえで届出書を提出してください。届出書の提出により同意いただいたものとみなします。

1. 届け出の際は、届出人の本人確認ができる書類（マイナンバーカード等）が必要です。
※届出人が成年後見人等の場合は、登記事項証明書の写し及び成年後見人等の本人確認書類が必要です。
※健康保険証の写しを添付する際は「被保険者記号・番号及び保険者番号」の部分を読み取れないように隠してコピーしていただくようお願いします。
2. 送付先の変更に当たっては、送付先（受取人）から承諾を得てください。
※届出書の内容について、送付先（受取人）に電話で確認する場合がありますので、日中連絡が取れる電話番号を記入してください。
3. 税金・保険料等が未納となった場合は、それに付随する書類（納付書・督促状・催告書等）が、送付先（受取人）へ送付されます。
4. 送付先変更を終了する場合は、あらためて届出書を提出してください。
5. 廃止の届け出がない限り、送付先（受取人）に関係書類を送付します。
ただし、次の場合は、送付先（受取人）を予告なく解除し、名義人に送付することがあります。
 - ①市が届出人・送付先（受取人）と連絡が取れなくなった場合
 - ②虚偽の届け出をしていることが判明した場合
 - ③郵便物が送付先住所に届かない場合
 - ④送付先（受取人）が納付しない場合
6. 処理内容によっては、送付先の変更登録に時間を要する場合があります。
7. 名義人が亡くなられた場合は、名義人の税金・保険料に関する通知書等の送付先を指定する届け出（相続人代表指定届等）を別途提出していただく必要があります。

【問い合わせ】

阿賀野市役所

代表電話番号 0250-62-2510

（税金関係）税務課

（国民健康保険関係）健康推進課

（後期高齢者医療関係）健康推進課

（介護保険料関係）高齢福祉課

（障がい福祉関係）社会福祉課