

送付先等変更届出書

多気郡大台町長 あて

令和 年 月 日

下記のとおり、送付先を変更することを申し出ます。

届 出 者	住 所	〒		
	ふ り が な			
	氏 名			
	生 年 月 日	T・S・H・R 年 月 日		
	連 絡 先		対象者との 関 係	

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 〒		
	ふ り が な	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ		
	氏 名			
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ T・S H・R 年 月 日	連 絡 先	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ

送 達 場 所	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 〒
	ふ り が な	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ
	氏 名	

届 出 理 由	<input type="checkbox"/> 親族等が管理するため（三親等以内）	<input type="checkbox"/> 対象者が施設入所・入院のため
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等に選任されたため（※ <u>登記事項証明書を添付してください。</u> ）	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

本人同意欄	※申請者が、本人・親族（三親等以内）・成年後見人等の場合は、同意は不要です。
送付先等変更届について、上記のとおり同意します。	
対象者氏名： _____	

※今回提出した内容に変更が生じた場合は、必ず、その旨を申し出てください。

事務処理記載欄

各種税	国保(税住)	国保(健保)	介護保険	後期高齢	福祉医療	予防接種	各種健診	上水・下水