

町税（保険料）送付先等変更届出書

令和 年 月 日

三春町長 様

届出人 住 所
氏 名
電話番号
(納税義務者との続柄)

下記のとおり、町税（保険料）の送付先・住所・氏名（名称）を変更しましたので、届出ます。

納税義務者 (被保険者)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名 (名 称)	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
変更する税目	<input type="checkbox"/> 町県民税 <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"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料	
変更する理由	<input type="checkbox"/> 住民票を変更したため（住所・氏名） <input type="checkbox"/> 住民票以外の居住地で生活するため <input type="checkbox"/> 入院・入所のため <input type="checkbox"/> その他（)	

送付先の変更（納税義務者等の住所等に変更はないが、送付先住所を変えるとき又は一度設定した送付先を再度変更するとき）

送付先 ※宛名は納税義務者本人の氏名となります。	住 所	
	フリガナ	
	氏 名 (名 称)	
	電話番号	
	変更日	年 月 日

住所・氏名の変更（納税義務者等の住所や氏名（名称）に変更があったとき）

納税義務者 (被保険者) の変更後の 住所・氏名	住 所	
	フリガナ	
	氏 名 (名 称)	
	電話番号	
	変更日	年 月 日