

## 送付先変更申請書

中間市が行う次の業務について、その送付先の変更を申請します。

年 月 日

送付先の変更を希望する業務 ☐ 下記の業務すべて

|                                    |                                    |                                   |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療   | <input type="checkbox"/> 児童手当      | <input type="checkbox"/> 軽自動車税    |
| <input type="checkbox"/> 介護保険      | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 | <input type="checkbox"/> 固定資産税    |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険証・税 | <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス | <input type="checkbox"/> 税や保険料の収納 |
| <input type="checkbox"/> 子ども医療     | <input type="checkbox"/> 重度障がい者医療  | <input type="checkbox"/> その他      |
| <input type="checkbox"/> 子育て支援     | <input type="checkbox"/> 市県民税      | (                      )          |

送付先を変更する人

|      |     |      |       |
|------|-----|------|-------|
| フリガナ |     | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名  |     |      |       |
| 住 所  | 〒 - |      |       |

申請者（窓口に来た人） ☐ 上記と同じ

|      |                                              |      |       |
|------|----------------------------------------------|------|-------|
| フリガナ |                                              | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏 名  |                                              |      |       |
| 続柄   | 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟姉妹 ・ その他【                      】 |      |       |
| 住 所  | 〒 -                                          |      |       |
| 電話番号 | - -                                          |      |       |

郵送物などの送付先 ☐ 申請者と同じ

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申請項目                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消 |  |  |
| 送付先住所                                                                                                                                                                                                                         | 〒 - 様方                                                                              |  |  |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                          | - -                                                                                 |  |  |
| <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 住民票上の住所と実際の居所が異なるため</div> <div>送付先を変更する理由 <input type="checkbox"/> 成年後見人を立てたため</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> その他、上記に類する諸事情のため</div> |                                                                                     |  |  |

※重要な書類の誤配送などを防ぐため、別途郵便局への転送のお手続きをお願いします。

職員記入欄

|      |  |            |    |  |
|------|--|------------|----|--|
| 宛名番号 |  | 被保険者<br>番号 | 後期 |  |
|      |  |            | 介護 |  |

# 委任状

※申請者が、被保険者やその同居家族と異なる場合に、この委任状が必要です。

年 月 日

代理人（申請者）

|      |  |         |  |
|------|--|---------|--|
| 住所   |  |         |  |
| 氏名   |  |         |  |
| 電話番号 |  | 委任者との関係 |  |

私は上記の者を代理人と定め、下記の委任事項について権限を委任します。

※次のうち委任する事項に ☒ を付けてください。

☐ 下記のすべてに関する
 ☐ 下記のすべての事項

|                                   |                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療の | <input type="checkbox"/> 資格申請に関すること          |
| <input type="checkbox"/> 介護保険の    | <input type="checkbox"/> 税や保険料の還付金受領に関すること   |
| <input type="checkbox"/> 市民税の     | <input type="checkbox"/> 給付金の申請に関すること        |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険税の | <input type="checkbox"/> 給付金の受領に関すること        |
| <input type="checkbox"/> 軽自動車税の   | <input type="checkbox"/> 納税通知書などの書類の受領に関すること |
| <input type="checkbox"/> 固定資産税の   | <input type="checkbox"/> その他 _____ に関すること    |

委任者（送付先を変更する人）

|      |   |   |        |
|------|---|---|--------|
| 住所   |   |   |        |
| 氏名   |   |   |        |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 電話番号 |

※委任状を代理人が代筆した場合

|       |  |
|-------|--|
| 代筆の理由 |  |
|-------|--|

【ご注意ください】

○代理人（申請者）はこの委任状のほかに本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証などの公的機関が発行した顔写真付き身分証明書等）を添付してください。

○代筆の場合は、委任者(送付先を変更する人)の本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証などの公的機関が発行した顔写真付き身分証明書等)を添付してください。

○委任状を偽造したり、偽造した委任状の行使したりしたときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。

※市町村確認欄

|    |                                            |    |  |    |  |    |  |
|----|--------------------------------------------|----|--|----|--|----|--|
| 確認 | マイナンバーカード・運転免許証・パスポート<br>・在留カード・障害者手帳・療育手帳 | 受付 |  | 入力 |  | 点検 |  |
|    | 番号 ( )                                     |    |  |    |  |    |  |