

串間市市税等送付先(変更・解除)届出書

(宛先) 串間市長 様

年 月 日

串間市市税等に係る関係書類の送付先(変更・解除)について下記のとおり届出いたします。

納税義務者または被保険者	フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令		
	氏 名				年 月 日		
	住 所		〒 —				
	電話番号		() —				
	変更後の送付先	住所	〒 —				
		方書	(アパート名・棟・号室や〇〇様方など)				
		電話番号	() —				
届出の理由		☐ 転居のため ☐ 入院のため ☐ 施設入所のため ☐ 成年後見人に送付 ☐ その他() ☐ 送付先の指定の必要がなくなったため(解除の場合のみ)					

※ 代理人が提出する場合は、裏面の「代理人選任届」を委任される方が自署・押印のうえ提出してください。

申請者	納税義務者または被保険者との関係	☐ 本人 (本人の場合、以下は記入不要) ☐ 親族(続柄:) ☐ 成年後見人等(登記事項証明書等の写しを添付) ☐ その他()			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令	
	氏 名			年 月 日	
住 所		〒 — 電話番号 () —			

※関係書類等の送付を希望する項目を✓で選択してください。

共通	税務課	医療介護課
☐ すべて	☐ 個人住民税 ☐ 国民健康保険被保険者証	☐ 介護保険の給付
	☐ 固定資産税 ☐ 介護保険料	☐ 介護保険の受給
	☐ 軽自動車税 ☐ 後期高齢者医療保険料	☐ 後期高齢者医療保険の給付
	☐ 国民健康保険税	☐ 後期高齢者医療被保険者証

※市役所処理欄 記入不要

本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード ☐ パスポート ☐ 障害者手帳 ☐ その他()				
その他確認事項	☐ 戸籍確認 ☐ 登記事項証明書の写し(発行日より3ヶ月以内) ☐ その他()				

課長	課長補佐	係長	係					受付印
関係課・複写送付日		受付者	入力者・入力日					
			国保・介護賦課	市民税	資産税	医療保険	介護保険	
／ 税・医・介								
		/	/	/	/	/		

窓口 ・ 郵送

●代理人選任届に関する注意事項

- ① 委任される方が自署・押印のうえ、提出してください。
- ② 代理人が成年後見人である場合は、登記事項証明書の写し(発行日より3ヶ月以内)を添付してください。
- ③ 代理人の身分証明書(運転免許証等)が必要となります。
郵送の場合は、代理人の身分証明書(運転免許証等)の写しを同封してください。

代 理 人 選 任 届	
(宛先)串間市長 様	
代理人	住 所 _____
	氏 名 _____
私は、上記の者を代理人と定め、「串間市市税等送付先(変更・解除)届出書」に関する 一切の手続きを委任します。	
年 月 日	
委任者	住 所 _____
	氏 名 _____ (印)

注 意 事 項

- ① この届出書は、税務課、医療介護課、各支所で受付ができます。
申請者本人の身分証明書(運転免許証等)が必要となります。
郵送の場合は、申請者本人の身分証明書の写しを同封してください。

【提出していただく本人確認書類】

顔写真付きのものの場合 右のうちいずれか1点	運転免許証 個人番号カード 在留カード パスポート 障害者手帳
顔写真なしのものの場合 右のうちいずれか2点	健康保険証 年金手帳 年金証書 学生証 法人の身分証明書 公共料金の領収書

- ② 記載内容を確認する場合がありますので、電話番号は日中つながる連絡先を記入してください。
- ③ 変更後の送付先に書類を送付したにも関わらず、市に返戻される等が生じた場合は、申請者及び
代理人の同意なしに送付先を解除することがあります。
- ④ この届出書に関して不明な点がございましたら、下記担当までお問合せください。

■ 市税、国民健康保険証、介護・後期保険料、この届出書の書き方に関すること
税務課

〒888-8555 串間市大字西方5550番地 串間市役所 税務課 宛
TEL:0987-72-1111(代表)

■ 介護保険・後期高齢者医療保険の給付、介護・後期の保険証に関すること
医療介護課

〒888-0001 串間市大字西方9365番地8 串間市総合保健福祉センター 医療介護課 宛
TEL:0987-72-0333(代表)