

送付先変更届（登録・変更・廃止）

令和 年 月 日

（宛先）阿賀町長 様、新潟県後期高齢者医療広域連合長 様

下記に記載した住所、氏名等の個人情報について、関係職員で情報を共有することに同意し、諸通知等送付先の変更を 令和 年 月 から希望します。

変更内容	<input type="checkbox"/> 送付先住所の変更 <input type="checkbox"/> 希望項目の追加
※変更の場合	<input type="checkbox"/> その他（ ）
変更理由	<input type="checkbox"/> 書類等の受取りが困難 <input type="checkbox"/> 入院または施設入所 <input type="checkbox"/> 住所地に以外に居住
※成年後見人以外	<input type="checkbox"/> その他（ ）

対象者	フリガナ		生年月日	大 昭 平
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -		電話 ()

送付先	フリガナ		生年月日	大 昭 平
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -		対象者との関係
電話 ()				

成年後見人等以外の確認事項 ※本人が届出の場合は確認不要
この届出書は本人の意思に基づくものに相違ありません。 届出人 窓口に来た人

成年後見人等の場合添付書類 ※発行日より3ヶ月以内
登記事項証明書の写し 代理行為目録の写し※保佐、補助、任意後見の場合 委任状※窓口に来た人と異なる場合

届出人 ※送付先 と異なる 場合に記 入	フリガナ		生年月日	大 昭 平
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -		届出人との関係
電話 ()				

郵便物等の送付先を希望する項目にチェックを付けてください。

税政	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	介護保険	福祉	こども健康推進	まちづくり
<input type="checkbox"/> 町県民税	<input type="checkbox"/> 保険税	<input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 障害福祉	<input type="checkbox"/> 児童手当	<input type="checkbox"/> テレビ利用料
<input type="checkbox"/> 固定資産税	<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 高齢福祉	<input type="checkbox"/> 保育料	
<input type="checkbox"/> 軽自動車税	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 給付		<input type="checkbox"/> 自立支援	

裏面の注意事項もお読みください。

※職員確認欄	受付者 所属 氏名
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード
※届出人、来庁者	※1枚で確認できるもの
	<input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 職員確認 <input type="checkbox"/> その他()
	※2枚以上で確認できるもの

受付印

送付先変更届を提出された方へ

- ① 届を提出されても、年齢未到達等の理由により、届出時点でその業務に該当しなかった場合は、送付先が変更されない場合があります。その場合は該当した時点であらためて届出をお願いします。該当した時点で、自動的に送付先変更を行うものではありませんので、ご注意ください。
- ② 届出の内容によっては、担当課からお問い合わせする場合があります。
- ③ 転居等により送付先が変更になった場合は、送付先変更届(変更)をお願いします。
- ④ 変更を希望された日から、実際に送付先の変更が完了するまでに数日かかることがあります。その場合、変更になる前の住所等に通知が送付されることがありますが、ご了承ください。
- ⑤ 書式や添付書類等は、今後、変更になる場合がありますので、最新の情報をご確認ください。