香南市介護保険に関する送付先（変更・廃止）届

令和　　年　　月　　日

申出者　住　　所：

氏　　名：

　　　　　　　　　　　　　　電話番号：（　　　　　）　　　　－

介護保険に関する各証、及び各種通知書等の送付先について、下記のとおり申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　フリガナ被保険者　氏　名 |  | 被保険者番号 |
| 　被保険者　生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　 |
| 被保険者　住　所 | 〒香南市 |

（送付変更先）※廃止の場合は記入の必要はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 | 〒 |
| フリガナ氏　　　　名 |  |
| 被保険者との続柄 |  | 電 話 番 号 |  |

　同時に他の科目の送付先変更（廃止）を希望される場合はチェックをしてください。

|  |
| --- |
| □下記の科目すべて□後期高齢者医療 ・□国民健康保険医療・□国保税 ・ □個人住民税 ・□軽自動車税※固定資産税の送付先変更を希望する場合は税務収納課でのお手続きが必要です |

〇送付先変更を希望される理由を記入してください。

□ 身体の障害等により本人による手続きが困難であるため。

□ 高齢等の理由により本人による手続きが困難であるため。

□ その他

