尾 道 市 長　 様　　西暦・令和　　年　 月　 日

市税、国保・後期高齢者医療・介護等関係書類の送付先変更申出書

次の市税、国保・後期高齢者医療・介護等関係書類については、地方税法等により住所（居所）等に送付されるべきですが、事情により下記住所に送付されれば必ず受領しますので、変更を申し出ます。

なお、この変更に起因する問題は下記当事者間で解決する事を誓約し、内容に変更が生じた場合、再度申し出ます。

【 記入方法 】下表の 太枠内 「１～５」に記入のうえ、該当項目の「□」に「✓」してください。

整理番号		備考	

1 送付先変更項目

□ 該当するもの全て

□ ①固定資産税・都市計画税 【注意】共有名義での課税有 (例)宛名「尾道太郎　外○人」 ➡別途申し出が必要です	□ ②市県民税	□ ③軽自動車税
	□ ④法人市民税	□ ⑤後期高齢者医療保険料 【注意】保険加入後に申し出をしてください。
□ ⑥国民健康保険料	□ ⑦介護保険料	
□ ⑧国民健康保険(資格給付)	□ ⑨介護保険(資格給付)	□ ⑩後期高齢者医療保険(資格・給付)

2 納税(納付)義務者・被保険者

氏名(名称)		生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和　年　月　日
住所(居所・所在地)		電話番号	
理由 ※必ずご記入ください	□ ① 本人死亡 （　　年　　月　　日 死亡）		
	□ ② 入院又は施設入所中		
	□ ③ その他　（　　）		

3 新送付先

記入上の注意：上記「２」の「理由」が「①本人死亡」の場合、「相続人」の氏名・住所をご記入ください。

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和　年　月　日
氏名(名称・方書)	□２欄と同じ	納税(納付)義務者・被保険者との続柄	□配偶者　□子 □父　□母 □その他(　　)
住所(居所)(所在地)	〒□□□－□□□□ □２欄と同じ □尾道市	電話番号	

4 この申出書を提出する人

□ ① 上記「２ 納税（納付）義務者・被保険者」本人

□ ② 上記「３ 新送付先」本人

□ ③ 上記①②以外の場合、下記「５」へ氏名・住所等を記入してください。

上記「4」が③の場合

5

氏名(名称)		納税(納付)義務者・被保険者との続柄	□配偶者　□子 □父　□母 □その他(　　)
住所(所在地)	□３欄と同じ □尾道市	電話番号	

収　受
保 管
入 力
チェック

※送付先が変更されるまで、数日要します。ご了承ください。

課										
起　票	市民税課(保険料係)			保険年金課	高齢者福祉課	資産税課	市民税課		収納課	
	国保料	介護料	後期料	後期給	介護給	固都税	市民税	軽自税	収納係	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/