

市税（料）関係書類送付先変更申請書

令和 年 月 日

日光市長 殿

下記の指定する市税（料）関係書類（納税通知書等）について、次のとおり送付先を変更するよう申請いたします。

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|------------------|----------|------------------|------------|--|--|--|--|--|--|
| | | (受付者記載欄・個人コード) | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | () | — | 生年 月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 | 世帯で の続柄 | | | | | | |
| 現在の送付先 | 住所 | 〒 — | | | | | | | | | |
| 変更後の送付先 | 住所 | 〒 — (様方) | | | | | | | | | |
| 変更する期間 | <input type="checkbox"/> 開始 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 停止 令和 年 月 日 <small>※停止に日付が未記載の場合は、無期限となります。</small> | | | | | | | | | | |
| 変更する税（料）目 | <input type="checkbox"/> 住民税（市県民税） <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <small>※この申請書では各保険に係わる被保険者証や給付通知など、税（料）以外の送付先は変更できません。 <small>※状況により別途、納税管理人の申請書等が必要になる場合があります。</small> </small> | | | | | | | | | | |
| 変更理由 | (詳細に記入してください) | | | | | | | | | | |
| 申請者 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人（裏面も記入してください。） | | | | | | | | | | |

私は書類の送付先を変更するにあたって、送付先からは承諾を得ており、万一紛議を生じて一切迷惑をかけません。また、郵便物が送付先に届かない状態が続いた場合は、送付先を解除されても異議はありません。

- ※ 郵便で提出する場合は、本人確認書類のコピーを添付してください。
- 申請者が代理人の場合は代理人の本人確認書類のコピーを添付してください。
- ※ 申請者が代理人の場合は裏面もご記入ください。

【職員記入欄】

| | |
|--|--|
| 本人確認方法 | |
| <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 () | |

委任状

令和 年 月 日

日光市長様

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

私は、上記の者を代理人と定め送付先変更の権限を委任します。

氏名 _____