受付印

届出区分	新規 ・ 変更 ・ 解除

年　　月　　日

送付先変更届出書

高畠町長　殿

山形県後期高齢者医療広域連合長　殿

住所登録地での受け取りが困難なため、次の送付先に関係書類の送付をしてください。

なお、届出にあたり、対象者本人（本人の意思が確認不能の場合は本人の意思を代理できる者）の了承を受けています。

対象項目（該当項目を選んでください。）		□ 町・県民税 □ 法人町民税 □ 軽自動車税 □ 固定資産税・都市計画税 □ 国民健康保険税（収納係確認） □ 介護保険に関する事項 □ 後期高齢者医療制度（保険料）に関する事項 □ 後期高齢者医療制度（資格・給付）に関する事項 □ 国民健康保険（資格・給付）に関する事項 □ 医療証 □対象項目すべて	
変更前（対象者）	※法人の場合は、代表者の氏名も記入してください。		
	住所（所在地）	〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　）	
	フリガナ		生年月日
	氏名（名称）		T S H　　年　　月　　日
変更後（受取人）	※対象者以外へ送付する場合は、送付先となる方の署名が必要です。		
	住所（所在地）	〒　　－ 電話番号（　　－　　－　　）	
	フリガナ		生年月日
	氏名（名称）		T S H　　年　　月　　日
	関係	本人・親族（続柄　　）・成年後見人・その他（　　）	
変更開始月	令和　　年　　月から		
変更理由	□ 転居のため □ 本人管理困難のため □ 送付先変更の解除 □ その他（理由をご記入ください。） 〔　　〕	□ 氏名が変わったため □ 施設入所のため □ 長期入院のため	

必要書類：下記本人確認書類（対象者・受取人が異なる場合はそれぞれ必要）

《いずれか１点》　官公署が発行する顔写真付の証明書
（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カード、障害者手帳　などの写し）

《上記がない場合、次のいずれか２点》
健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、年金手帳　などの写し

《成年後見人による届出時》　登記事項証明書の写し及び成年後見人の本人確認書類

※　納税義務者等以外の方の住所に送付先を設定した場合でも、納税義務者等が変更になることはありません。

役場使用欄				
宛名番号	本人確認	税務課	福祉課介護保険係	町民課医療給付係
	□マイナンバーカード □運転免許証 □その他（　　）			