

記入例

業務固有番号

送付先の変更に関する依頼書

(宛先) 佐倉市長

表面

受付印(市使用)

受付者:

〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請者 ※原則として、本人、 家族、成年後見人	住所	〒〇〇〇—〇〇〇 佐倉市〇〇町〇〇番地		
	フリガナ	サクラ イチロウ		
	氏名	佐倉 一郎		①のかたとの関係 長男
電話番号	043 (484) 〇〇〇〇	携帯電話	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

下記①の者に対し、佐倉市から発送される書類等(裏面記載)について、送付先変更(開始・変更・終了)を依頼します。

なお、この依頼については、①の者およびその関係者ならびに転送先等に対して説明済みであり、異議等については申請者が責任を持って対応します。

また、裏面に記載した以外の佐倉市の部署及び業務において、①の者への連絡が必要となった場合の情報提供について同意します。

※外部への情報提供は行いません。

【ご注意ください】

この依頼書による送付先変更の対象は、佐倉市がお送りする書類等のうち裏面で選択されたもののみです。他の団体等から送付されている書類等については当該団体等にお問い合わせください。

① 【対象者】 誰の分を？	住所	〒〇〇〇—〇〇〇 佐倉市〇〇町〇〇番地		
	フリガナ	サクラ タロウ		
	氏名	佐倉 太郎		生年月日
② 【送付先】 どこの？ ② 誰に？	住所	〒〇〇〇—〇〇〇 佐倉市〇〇町〇〇番地 様方		
	フリガナ	サクラ イチロウ		
	氏名	佐倉 一郎		①のかたとの関係 長男
電話番号	043 (484) 〇〇〇〇	携帯電話	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
【ご注意ください】原則として、送付先の宛名は①のかたご本人様となります。 ※①のかた以外の宛名でお送りする場合、市税等については納税管理人または相続人代表者の設定が必要になりますので、お手数ですが担当部署でお手続きをお願いします。				
③ 【期間】 いつまで？	<input checked="" type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり(年 月 日 ~ 年 月 日) ※「期限あり」の場合、期限後は住所地に送付されますのでご注意ください。			
	④ 【変更理由】 どうして？ <input type="checkbox"/> 一時的な居所の変更 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 書類管理不能() <input type="checkbox"/> その他()			
⑤ 【種類】 なにを？	必ず裏面をご記入ください			

⑤送付先を変更したい書類の種類

裏面

送り先を変更したい書類を下から選び、「業務」の前の□に✓を入れてください。

※表面①のかたが、各業務の送付先変更の対象となるかたかどうか、各業務の「対象」欄でご確認ください。

業 務	書 類 の 種 類	
<input type="checkbox"/> 市・県民税 問: 市民税課 市民税班 043-484-6115	対象 <input type="checkbox"/> ①佐倉市に住民登録しているかた <input type="checkbox"/> ②住登外課税の対象となっているかた <input type="checkbox"/> ③市内に事務所や事業所等を構えているが住民登録していないかた	市・県民税関係の書類の送付先が変更されます。
<input type="checkbox"/> 軽自動車税 問: 市民税課 税制班 043-484-6114	対象 <input type="checkbox"/> 佐倉市に登録されている軽自動車を所有しているかた	軽自動車税関係の書類の送付先が変更されます。 ※所有するすべての車両に関するものが対象です。
<input type="checkbox"/> 固定資産税 都市計画税 問: 資産税課 資産課税班 043-484-6216	対象 <input type="checkbox"/> 佐倉市内に土地・家屋・償却資産等を所有しているかた	固定資産税・都市計画税関係の書類の送付先が変更されます。
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 問: 健康保険課 給付管理班 043-484-6604	対象 <input type="checkbox"/> 佐倉市国民健康保険の被保険者がいる世帯の世帯主	国民健康保険の給付関係の書類(高額療養費支給決定通知書、医療費通知など)の送付先が変更されます。 ※被保険者証や国民健康保険税に関する書類等の送付先の変更については、お手数ですが健康保険課窓口でご相談ください。
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 問: 健康保険課 高齢者医療班 043-484-6136	対象 <input type="checkbox"/> ①75歳以上のかた(生活保護を受給しているかた除く) <input type="checkbox"/> ②65歳以上で一定の障害があり、申請により資格を取得されたかた ※①は75歳の誕生日の2か月前、②は資格取得申請時から受付可能です。	
	<input type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 資格関係(被保険者証等)
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 問: 介護保険課 介護給付班 043-484-6174	対象 <input checked="" type="checkbox"/> ①65歳以上の第1号被保険者 <input type="checkbox"/> ②40歳～64歳の第2号被保険者のかた ※いずれも資格取得2か月前から受付可能です。	
	<input checked="" type="checkbox"/> すべて	<input type="checkbox"/> 認定関係(結果通知、被保険者証等)
	<input type="checkbox"/> 保険料関係(決定・納入通知書等)	<input type="checkbox"/> 給付関係(療養費支給決定通知書、医療費通知等)
	<input type="checkbox"/> 保険料関係(決定・納入通知書等)	<input type="checkbox"/> サービス利用関係(高額介護サービス費申請等)

市 使 用 欄 記入しないでください	受 付 所	申請者 本人確認	<input type="checkbox"/> 自免(経歴証明) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> マイNo. <input type="checkbox"/> 住基力 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() []						担 当 所 属	システム入力	入力者
		他課届出確認	ADWORLD記載あり ・ ADWORLD記載なし							入力確認	確認者
	回 付 受 取	市民税	軽自	固定	国保	後期	介護	回付確認			
		/	/	/	/	/	/	/		/	