保険・税に関する送付先等届出書

届出日　　　　年　　月　　日

府　中　市　長　様

（**□** 医療介護保険課・**□** 税務課）

次のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出区分 | **□**送付先　( **□**新規　　**□**変更　　**□**終了 )  **□**相続人代表者等の指定 |  | 宛名番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出人 | ふりがな  氏名 | | 該当者との続柄（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　　　　　　　　　※事業者が届出の場合は、事業所住所、事業所名を記入  電話 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  又は納税義務者 | ふりがな  氏名 | |  | | 被保険者番号  (介・国・後) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　 **□届出人に同じ（再度の記入は不要）** | | | | | | | | | | | | |
| 送付先  **□届出人に**  **同じ** | 住所 | | 〒  電話 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 該当者との続柄（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 送付先  設定理由 | **□**入院又は施設へ入所したため。　**□**本人が書類管理をできなくなったため。  **□**本人が　年　 月　 日に死亡したため。（⇒下記の相続人代表者欄をご記入ください。）  **□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望する送付物 | 保険関係  **□右記全て** | **□**介護保険  **□**国民健康保険  **□**後期高齢者医療保険 | | **□**保険関係書類のすべて  **□**保険料(税)・保険給付に関する書類のみ  **□**保険証等に関する書類のみ | | | | | | | | | | | |
| 税 関 係  **□右記全て** | **□**市・県民税　　**□**軽自動車税　　**□**固定資産税 | | | | | | | | | | | | | |

　送付先設定理由が「本人が死亡したため」の場合は、相続人代表者を記入してください。

**※ただし、固定資産税については、別途相続人代表者届が必要です。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□**相続人  　代表者  **□**納税管理人 | 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　 　　**□届出人に同じ（再度の記入は不要）**  **□送付先に同じ（再度の記入は不要）**  電話 |
| 氏名 | 生年月日　　　　　年　　月　　日  **※自署または記名押印**　 　　　　　　　　該当者との続柄（　　　　　） |

※　相続人代表者とは、地方税法第9条の2第1項の規定により、徴収金の賦課徴収（滞納処分を除く。）及び還付に関する書類を受領する代表者です。

※　納税管理人とは、地方税法第355条等により、納税の管理をする人です。

この届出書による送付先等情報について、府中市役所の他課から情報提供を求められた場合、情報提供することに同意します。

署　名　欄：

（代筆の場合）

代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 受 付 者 | 課　長 | 介護　係長 | 医療　係長 | 税　係長 | 係 員 |  | 高額介護 |
| 窓口・電話 |  |  |  |  |  |  |  | 無・有（ 受理 ・ 手交 ） |