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 ） |