

送付先変更届

年 月 日

平群町長 様

住 所 _____

申 請 者 氏 名 _____

電話番号 _____

納税義務者との続柄 _____

下記理由により、 年 月 日より国民健康保険に係る送付先の変更を願います。

記

変更理由

変更前

納税義務者 住 所 平群町 _____

氏 名 _____

電 話 番 号 _____

変更後

送 付 先 住 所 _____

氏名（肩書き） _____

電 話 番 号 _____

納税義務者との続柄 _____

※本人確認が出来る書類を添付してください。

※変更の理由を証明できる書類を添付してください。