

送付先指定届出書（新規・変更・廃止）

対 象 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和	年 月 日	性別 男・女
	住 所	〒		
送 付 先	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			
送付先指定の理由				
送付先指定対象		☐ 国民健康保険 ☐ 介護保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 障がい者（障害者医療費助成含む） ☐ 医療費助成（小児・ひとり親） ☐ 固定資産税 ☐ 町民税 ☐ 軽自動車税 ☐ 幼稚園 ☐ 保育園 ☐ 児童手当 ☐ 以上すべて		
大磯町長 殿 上記のとおり届出いたします。 年 月 日 (届出人) 住所 対象者との続柄 氏名 電話番号				

本人確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 資格確認書 ☐ その他（ ）							
課長	主幹	副課長	係長	所属職員	担当	受領印	

送付先指定届の提出には本人確認書類が必要になります。

本人確認として使用できるものの例

1 次のうちいずれかを提示したもの

運転免許証、運転経歴証明書、個人番号カード（マイナンバーカード）、旅券（パスポート）、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書、その他官公署から発行・発給された書類その他これに類するものであって、写真の表示等（氏名及び生年月日又は住所）の措置が施され、町が適当と認めるもの

2 次のうち2つの物を提示したもの

健康保険資格確認書、年金手帳、年金証書、恩給証書、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票の写し、官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類（銀行等の通帳、クレジットカード等）であって町が適当と認めるもの