

琴平町税(料)送付先変更届

年 月 日

琴平町長 宛

☐町(県)民税 ☐固定資産税 ☐軽自動車税 ☐国民健康保険税
☐介護保険料 ☐後期高齢者医療保険料 の送付先について、下記により変更願います。

届出人	住所又は 所在地	〒
	(フリガナ) 氏名又は名称	
	電話番号	
変更理由	☐ 住所変更 ☐ 送付先の設定 ☐ その他 ()	

【変更前】 送付先 (納税義務者)	住所又は 所在地	〒
	(フリガナ) 氏名又は名称	
	電話番号	

【変更後】 送付先	住所又は 所在地	〒
	(フリガナ) 氏名又は名称	
	電話番号	

※届出人様と同じ場合は、「同上」とご記入ください。

※琴平町記入欄

受 付	入 力	備 考