**送 付 先 申 告 書**

年　　　　月　　　　日

薩摩川内市長　　殿

下記の理由により、送付先を　□ 設定　　□ 変更　　□ 解除　したいので連署して申告します。

※2

※2

※2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理する税目 | 固定資産税 | 申告・申請の理由 |  |
| Ａ登記名義人 | 住所※薩摩川内市外の場合は、県名市町村名からご記入ください。 | □ 住所は（ Ｂ ・ Ｃ ）に同じ　□ 薩摩川内市内（※市内の場合、町名から記入）〒　　　　- |
| フリガナ | ※1 | 個人番号(マイナンバー)12桁 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞ |  |
| 生年月日 | 　 　　　　　　　年　 　　月　　 　日 | ℡(　　 　 )　　　　　- |
|  |
| Ｂ□旧送付先□現所有者（相続人）代表者 | 住所※薩摩川内市外の場合は、県名市町村名からご記入ください。 | □ 住所は（ Ａ ・ Ｃ ）に同じ　□ 薩摩川内市内（※市内の場合、町名から記入）〒　　　　- |
| フリガナ | ※1 | 個人番号(マイナンバー)12桁 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
| 生年月日 | 　 　　　　　　　年　 　　月　　 　日 | ℡(　　 　 )　　　　　- |
|  |
| Ｃ新送付先 | 住所※薩摩川内市外の場合は、県名市町村名からご記入ください。 | □ 住所は（ Ａ ・ Ｂ ）に同じ　□ 薩摩川内市内（※市内の場合、町名から記入）〒　　　　- |
| フリガナ |  | 個人番号(マイナンバー)12桁※1 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
| 生年月日 | 　 　　　　　　　年　 　　月　　 　日 | ℡(　　 　)　　　　　- |
| □　申告者は、「Ｃ　新送付先」に同じ |
| 申告者 | 住所※薩摩川内市外の場合は、県名市町村名からご記入ください。 | □ 住所は（ Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ ）に同じ　　□ 薩摩川内市内（※市内の場合、町名から記入）〒　　　　- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | （ 　　　　　）　　　　　　　- |

※１．本人が記入される場合には、押印不要です。なお、特別な事情により代筆される場合には、「Ａ」及び「Ｂ」、「Ｃ」の設定者の押印をお願いします。

※2.個人番号（マイナンバー）の確認のため、マイナンバーカード両面の写しを添付してください。

注．　送付先の設定者は、納税義務者が入院中、または高齢等により、納付書等の管理及び納税に支障をきたすため、納税義務者に代わって納付書及び市からの郵便物等を受け取るだけのものであり、権利等には一切効力が生じるものではありません。