

成年後見人等への送付先変更届【新規・変更・廃止】

添付書類

- ☐ 登記事項証明書の写し(代理行為目録を含む)
※審判書謄本の場合、後日登記事項証明書の写しをご提出ください。
☐ 成年後見人等の身分証明書の写し(運転免許証等)
☐ 法人が成年後見人等の場合、申請者が法人に所属していることを確認できるもの(社員証、委任状等)
☐ 送付先を成年後見人等の事務所にする場合、住所を確認できるもの(名刺、パンフレット等)

届出年月日 年 月 日

申請者

フリガナ		本人との関係	
氏 名			
住 所	〒	電話番号	
備 考	(変更・廃止の場合、理由を記入)		

送付先内容 ☐ 申請者と同じ

フリガナ		本人との関係	
氏 名			
住 所	〒	電話番号	

本人(被後見人)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒	電話番号	

変更するもの 送付先を変更するものに☑をつけてください。

対象業務	被保険者番号・手帳番号等	対象書類
医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療保険		☐ 資格関係 ☐ 保険料(税)関係 ☐ 給付関係 ☐ 全て
☐ 3 医療		☐ 重度心身障害者医療 ☐ ひどい親医療 ☐ 子ども医療
☐ 介護保険		☐ 資格関係 ☐ 保険料関係 ☐ 給付関係 ☐ 全て
☐ 障害者福祉		☐ 手当関係 ☐ 障害福祉関係 ☐ 自立支援医療 ☐ 全て
☐ 生活保護		☐ 生活保護関係

※今回申請しなかった項目、年齢未到達などで非該当の項目は、該当した時点で改めて手続きをお願いします。

自動的に送付先の変更を行いませんのでご注意ください。

※税関係等、上記以外の送付物については、各担当課で個別に手続きをお願いします。

＜市確認欄＞

対象業務	受付	処理日	入力	処理日	資格	賦課	収納	給付
国民健康保険								
後期高齢者医療保険								
3 医療								
介護保険								
障害者福祉								
生活保護								

受 付 印

--