

成年後見人等に係る送付先変更依頼書（新規・変更・取消）

(宛先) 昭島市長

下記のとおり送付先変更の届出をします。

届出年月日

年 月 日

対象者 (被後見人等)	住所	〒		
	フリガナ氏名		生年月日	
届出人 (後見人等)	住所	〒		
	フリガナ氏名		対象者との関係	☐ 成年後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ 任意後見人 ☐ その他
	電話番号			
届出の理由				

送 付 先 (後見人等)	☐ 上記、届出人と同じ <u>(記入不要です)</u> ☐ 下記へ変更 ☐ 送付先解除	
	対象者との関係	
	住 所	〒
	フ リ ガ ナ 氏 名	
	電 話 番 号	

添付書類	☐ 登記事項証明書	☐ 代理行為目録（保佐人・補助人・任意後見人の場合）
	☐ 届出人（後見人等）の身分証明書（法人が後見人等の場合、手続者の社員証等）	
	※写真付き官公署発行の身分証明書（運転免許証・パスポート等）：1 種類で確認	
	※写真なし（住基カード、健康保険証、介護保険証、年金手帳、社員証等）：2 種類で確認	
	☐ 取消の場合は届出人（後見人等）の身分証明書	
	☐ 委任状（届出人と窓口に来たかたが異なる時）	

依頼事項（丸をつけてください）

- 1 介護保険（介護保険証・保険料関係等） 2 後期高齢者医療（保険証・高額医療費等）
3 国民健康保険（保険証・保険税関係・高額医療費等） 4 障害福祉（医療費助成等）
5 税関係（納税通知書等） 6 上下水道（納入通知書等） 7 生活保護 8 健康（健診）

市役所内の担当課以外からの問い合わせに対して、送付先情報等の提供をしてよろしいですか？

☐ はい。情報提供に同意します。 ☐ いいえ。依頼した担当課にのみ利用を限定します。

市処理欄（※各課で処理を行いコピー等保存してください。原本は福祉総務課へ戻してください。）

[illegible]