

成年後見人等への郵便物送付先登録届 (新規・変更・終了)

記入例

(宛先) 中央区長

下記のとおり送付先登録の届出をします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | | | |
|----------------|------|---------------------|---------|---|
| 対象者 (被後見人等) | 住所 | 〒○○○-○○○ 中央区○○×-×-× | | |
| | フリガナ | チュウオウ タロウ | 生年月日 | 昭和○年 ○月 ○日 |
| | 氏名 | 中央 太郎 | | |
| 届出人 (後見人等) | 住所 | 〒○○○-○○○ 中央区○○△-△-△ | | |
| | フリガナ | チュウオウ ハナコ | 対象者との関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 氏名 | 中央 花子 | | |
| | 電話番号 | ○○○-○○○○-○○○○ | | |
| 届出の理由 | | 成年後見人に選任されたため | | |

| | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--|--|
| 送付先 (後見人等) | <input type="checkbox"/> 上記、届出人と同じ (以下の記入は不要です。) | | | |
| | 対象者との関係 | 成年後見人 | | |
| | 住所 | 〒○○○-○○○ 中央区○○□-□-□ ○○法律事務所 | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | 同上 | | |
| 電話番号 | ○○○-○○○○-○○○○ | | | |

| | |
|------|--|
| 確認書類 | <input checked="" type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 代理行為目録 (保佐人・補助人・任意後見人の場合) ※審判書謄本・審判確定証明書の写しも可 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人 (後見人等) の身分証明書 (法人が後見人等の場合は手続き者の社員証等) ※写真がついている身分証明書 (運転免許書・パスポート・マイナンバーカード等) : 1種類 ※写真なしの身分証明書 (保険資格(健康保険証)、介護保険証、年金手帳等) : 2種類 <input type="checkbox"/> 委任状 (届出人と窓口に来た方が異なる場合) |
|------|--|

依頼事項 (該当する項目にをつけてください。)

国民健康保険関係 (保険資格・保険料・高額医療費等) 後期高齢医療関係 (保険資格・高額医療費等)
障害福祉関係 (手帳・医療費等) 生活保護関係 高齢者福祉関係 (介護保険関係除く)
介護保険関係 (介護保険証・保険料関係) 各種健診・予防接種・感染症関係

上記の関係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もよろしいですか?
はい。情報提供に同意します。 いいえ。依頼した部署にのみ利用を限定します。

(区処理欄)

| | | |
|---|----|----|
| (地域福祉課処理) | | |
| 課長 | 係長 | 係員 |
| | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 地域福祉課 <input type="checkbox"/> 障害者福祉課 <input checked="" type="checkbox"/> 保険年金課 <input type="checkbox"/> 高齢者福祉課 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険課 <input type="checkbox"/> 健康推進課 | | |

| | |
|-----|--------|
| 受付日 | RO/O/O |
| 受付課 | 地域福祉課 |
| 氏名 | ○○ |