

令和 〇 年 〇 月 〇 日

対象者 （被後見人等）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇 中央区〇〇×-×-×		
	フリガナ	チュウオウ タロウ	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
	氏 名	中 央 太 郎		
届出人 （後見人等）	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇 中央区〇〇△-△-△		
	フリガナ	チュウオウ ハナコ	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
	氏 名	中 央 花 子		
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
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）	☐ 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	〒〇〇〇-〇〇〇 中央区〇〇□-□-□ 〇〇法律事務所
	フリガナ	
	氏 名	同上
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

確認書類	☒ 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） ※審判書謄本・審判確定証明書の写しも可
	☒ 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
	☐ 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・公害/大気汚染関係
- ☒ 区立住宅関係（区営住宅・区立住宅等）

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

☒ 地域福祉課 ☐ 障害者福祉課 ☒ 保険年金課 ☐ 高齢者福祉課
☒ 介護保険課 ☐ 健康推進課 ☒ 住宅課

受付日	RO/O/O
受付課	地域福祉課
氏名	〇〇