

成年後見人等への郵送物送付先変更届（新規・変更・取消）

（宛先） 港区長

下記のとおり送付先変更の届出をします。

年 月 日

対象者 <small>（成年後見人等）</small>	住所	〒		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
届出人 <small>（成年後見人等）</small>	住所	〒		
	フリガナ		対象者との関係	<input 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
	氏名			
	電話番号			
届出の理由				
手続者氏名・連絡先		電話番号 ()		
<p>※保佐人・補助人・任意後見人が届出する場合は以下に☑してください。 <input type="checkbox"/>本届出の提出について、対象者本人の同意を得ています。</p>				

送付先	<input type="checkbox"/> 上記、届出人と同じ（送付先の記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 送付先解除	
	届出人と異なる理由	
	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	

確認書類	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書の写し（登記事項証明書の取得前に届出する場合は審判書謄本と審判確定証明書の写し） <input type="checkbox"/> 届出人（後見人等）及び手続者の身分証明書の写し・送付先確認書類の写し ※写真が付いている身分証明書（運転免許証・マイナンバーカード等）：1種類 ※写真なしの身分証明書（資格確認書・介護保険証・年金手帳等）：2種類 ※成年後見人等が個人名で登記されていて送付先を事務所に設定する場合は、当該送付先事務所に所属していることがわかる社員証等および事務所の住所が記載されているもの（履歴事項全部証明書等）の写し ※法人が成年後見人等の場合は、履歴事項全部証明書の写し <input type="checkbox"/> 代理行為目録の写し（保佐人・補助人・任意後見人の場合） <input type="checkbox"/> 委任状（届出人と手続者が異なる場合）
-------------	---

依頼事項 （該当する項目に☑をつけてください。）	
※介護保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度に☑した場合は、それぞれ被保険者番号をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 介護保険関係	被保険者番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 国民健康保険関係	被保険者番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度関係	被保険者番号 <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 住民税関係	
<input type="checkbox"/> 高齢者福祉関係（介護保険関係は除く）、	<input type="checkbox"/> 障害福祉関係、 <input type="checkbox"/> 生活保護関係
<input type="checkbox"/> 各種健診・予防接種関係、	<input type="checkbox"/> 公害補償・大気汚染健康障害関係
<p>（宛先）東京都後期高齢者医療広域連合長※後期高齢者医療制度関係を依頼する場合は届出年月日をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療制度に関する送付物の送付先について、上記のとおり変更を依頼します。 届出年月日 年 月 日</p>	

（区処理欄）

受付	入力	確認	確認	係長	備考