

記入例

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

令和7年 4月 1日

対象者 (被後見人等)	住所	〒196-0033 昭島市東町～		
	フリガナ氏名	アキシマ タロウ 昭島 太郎	生年月日	昭和25年4月1日
届出人 (後見人等)	住所	〒196-0014 昭島市田中町～		
	フリガナ氏名	アキシマ ジロウ 昭島 次郎	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	042-123-3333		
届出の理由				

（記載例）

- ・ 成年後見人に選任されたため
- ・ 依頼事項の変更のため
- ・ 送付先住所の変更のため
- ・ 被後見人死亡のため取消

送付先 (後見人等)	☐ 上記、届出人と同じ（記入不要です） ☒ 下記	
	対象者との関係	成年後見人
	住所	〒196-0025 昭島市朝日町～ △△法律事務所
	フリガナ氏名	アキシマ ジロウ 昭島 次郎
	電話番号	042-123-7777

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）

該当する項目の番号
に丸をしてください。

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併せてください。原本は福祉総務課へ戻してください。）

福祉総務課長	福祉総務係長	福祉総務担当	生活福祉	障害福祉	福祉課	市民税	固定資産	納税	水道部	健康
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

どちらかにチェック
をしてください。