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（記入不要です）　□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。）

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	介護福祉	後期高齢	国保資格	国保賦課	市民税	固定資産	納税	水道部	健康
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/