

# 成年後見人等に係る送付先届( )

志木市長様、志木市福祉事務所長様、埼玉県後期高齢者医療広域連合長様

下記のとおり、この届出書に記載した個人情報及び本人が郵送物等の送付先登録を希望する事業等を受けている事実について、郵便物等の送付先登録を希望する所管課の関係職員で情報を共有することに同意します。

なお、本人が被保佐人又は被補助人である場合は、この届出書を提出するに当たり、前記の情報共有に係る本人の同意を得ていることを申し添えます。また、送付先登録に伴う一切の責任については届出人が負い、必要書類の記載内容については相違ありません。

## 届出日

届出人 (後見人等)	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 保佐人
	氏名			<input type="checkbox"/> 補助人	<input type="checkbox"/> 任意後見人
	住所	電話番号			
	備考	(変更・廃止の場合、理由と旧情報を記入)			

本人 (被後見人等)	フリガナ		生年月日	
	氏名			
住所	(住民登録上の住所)		電話番号	

送付先	<input type="checkbox"/> 届出人住所と同じ。(異なる場合は記入してください。)			
	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
住所	電話番号			

※送付先登録を希望する項目の□にレ印を入れてください

以下に該当するすべての通知

税 関 係 (納付・還付等に関する書類含む)	国民健康保険	後期高齢者医療保険	障がい者福祉	<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 児童手当・子ども医療費						
<input type="checkbox"/> すべての通知	<input type="checkbox"/> すべての通知	<input type="checkbox"/> すべての通知	<input type="checkbox"/> すべての通知	<input type="checkbox"/> 生活保護							
<input type="checkbox"/> 市・県民税・森林環境税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税種別割 <input type="checkbox"/> 固定資産税・都市計画税(土地・家屋・償却資産)	<input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険税(賦課)関係 <input type="checkbox"/> 保険税(納付・還付)関係	<input type="checkbox"/> 資格関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 給付関係	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・知的・精神) <input type="checkbox"/> 手当・医療費助成 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス全般 <input type="checkbox"/> 自立支援医療(更生医療) <input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院) <input type="checkbox"/> 日常生活用具(ストマ等) <input type="checkbox"/> 補装具	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">変 更 期 間</th> </tr> <tr> <td>開始日(※希望の場合)</td> <td>終了日(※期限付の場合)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><b>【必要書類】</b></p> <input type="checkbox"/> 成年後見人等の本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカードなど)の写し <input type="checkbox"/> 登記事項証明書の写し(発行日より3ヶ月以内のもの)、代理行為目録(保佐、補助、任意後見の場合) <input type="checkbox"/> 法人が成年後見人等になっている場合、手続者の社員証・委任状等の写し <input type="checkbox"/> 送付先が事務所等の場合、所在地がわかるもの(名刺、パンフレットなど)		変 更 期 間		開始日(※希望の場合)	終了日(※期限付の場合)		
変 更 期 間											
開始日(※希望の場合)	終了日(※期限付の場合)										

以下、記入不要

市処理欄(※各課で処理を行いコピー等保存してください。原本は共生社会推進課共生社会推進グループへ戻してください。)

被保険者番号・手帳番号等	宛 名 番 号	共有宛名番号

市民税	資産税	収納管理	健康保険	後期医療	障がい者福祉
/	/	/	/	/	/
障がい者支給	介護保険	生活保護	子ども	共生社会(後)	
/	/	/	/	/	/

## 受付印