

成年後見人等に係る送付先届(新規・変更・廃止)

ふじみ野市長、ふじみ野市福祉事務所長、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、郵送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、届出人が保佐人、補助人または任意後見人である場合は、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。

記

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				

本人 (被後見人等)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	(住民登録上の住所) 〒			

送付先	□届出人住所と同じ(異なる場合は記入してください)			【被後見人が亡くなった場合の記入】 ※相続人代表者としての了承を得られている場合のみご記入ください。 ※死亡日が判明している場合にご記入ください。 (令和 月 日)
	フリガナ		本人との 関係	
	氏名			
住所	〒			

【必要書類】

- 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
- 審判書と審判確定証明書又は登記事項証明書の写し(発行日より3か月以内のもの)
- 代理行為目録(保佐、補助、任意後見の場合)
- 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
- 送付先が事務所等の場合、所在地が分かるもの(名刺、証票など)

変更期間

開始日 (※希望の場合)	終了日 (※期限付きの場合)
年 月 日	年 月 日

成年後見人等以外の親族等への送付を希望される場合は、別途、収納課へ「送付先届出書」を提出する必要があります。

【チェック項目】

※送付先登録を希望する項目の□にレ点を入れてください。

□以下に該当するすべての通知

税関係	国民健康保険	後期高齢者医療保険
<input type="checkbox"/> すべての通知	<input type="checkbox"/> 資格関係	<input type="checkbox"/> 資格関係
<input type="checkbox"/> 市・県民税・森林環境税	<input type="checkbox"/> 給付関係	<input type="checkbox"/> 保険料関係
<input type="checkbox"/> 軽自動車税種別割	<input type="checkbox"/> 保険税（賦課）関係	<input type="checkbox"/> 給付関係
<input type="checkbox"/> 固定資産税・都市計画税(土地・家屋・償却資産)	<input type="checkbox"/> 保険税（納付・還付）関係	
障がい者福祉	高齢者福祉	<input type="checkbox"/> 生活保護
<input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体・知的・精神）	<input type="checkbox"/> 保険料	<input type="checkbox"/> 児童手当・子ども医療費
<input type="checkbox"/> 手当・医療費助成	<input type="checkbox"/> 給付	<input type="checkbox"/> 水道料金
<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス全般	<input type="checkbox"/> 認定	
<input type="checkbox"/> 自立支援医療（更生医療）	<input type="checkbox"/> 高齢福祉サービス全般	
<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		

備考欄

- 予防接種関係 健康診断関係
給付金関係 その他