

# 成年後見人等に係る送付先届兼申立書 (新規・変更・解除)

## 【添付書類】

- 届出人（成年後見人等）の身分証明書の写し  
（運転免許証・マイナンバーカード・住基カード・パスポート・健康保険証等）
- 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
- 成年後見人等の登記事項証明書の写し

武蔵野市長 殿  
東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

下記のとおり送付先変更の届出をします。なお、送付先変更に伴う不利益が生じた場合は全て本人及び届出人の責任とし、武蔵野市及び東京都後期高齢者医療広域連合の責任は問いません。

		届出年月日		年	月	日
届出人	フリガナ	マルマル サンカク		本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人	
	氏名	〇〇 △△ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>			<input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人	
	住所	〒180-0012 武蔵野市緑町〇-〇-〇〇		電話番号	0422-〇〇-〇〇〇〇	
送付先	住所	( <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ)		電話番号		
	氏名			本人との関係		
変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人等に送付するため <input type="checkbox"/> 送付先変更の必要がなくなったため（解除の場合のみ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					

本人 (世帯主)	フリガナ	クロマル シカク		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	●● □□				
	住所	(住民登録上の住所) 武蔵野市緑町▲-▲▲-▲▲		電話番号	0422-〇〇-〇〇〇〇	

※送付先変更を希望する項目の□にレ印を入れてください。

届出対象項目	被保険者番号・手帳番号・整理番号等										主な送付先変更対象書類
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険	2	6	-	1	2	.	3	4	5	6	被保険者証 等 (国民健康保険税に関する書類を除く)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療											被保険者証、保険料額決定(変更)通知書、督促状、催告書 等
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	被保険者証、保険料額決定(変更)通知書、督促状、催告書 等
<input type="checkbox"/> 障害者福祉											認定通知書、現況届、受給者証 等

\*\*\*\*\* 事務処理欄 \*\*\*\*\*

担当課	国保	後期	介護	障害	地域支援
担当者 チェック					原本 保管
処理日					

受付印	
-----	--