**成年後見人等送付先設定届出書**

**【提出先：福祉部管理課地域福祉係】**

（第1版）

**届出区分（該当に☑）　　　　 □ 変更（新規登録を含む）　　　　・　　　　□　解除**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **届出人情報** | | |
| **フリガナ** |  | **本人との関係　　該当に☑** |
| **氏　名** |  | □ 成年後見人　　　　　　　 □ 保佐人  □ 補助人　　　　　　　　　　 □ 任意後見人 |
| **住　所** | 〒　　　　　-  （事務所名）　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　  **電話番号**（　　　　　　） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本人（被後見人等）情報** | | |
| **フリガナ** |  | **生年月日** |
| **氏　名** |  | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| **住　所**  **(住民票上の住所)** | 〒　　　　　-  **電話番号**（　　　　　　） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **送付先情報**  **※解除の場合は、本人の住民票上の住所へ送付しますので以下は記載不要です。** | | | |
| **□** | 届出人情報と同じ場合は左記に☑ | | |
| **フリガナ** | |  | **本人との関係　　該当に☑** |
| **宛　名** | |  | □ 成年後見人 □ 保佐人 □　補助人  □　任意後見人　 　□　その他（　　　　　　　　　　　) |
| **住　所** | | 〒　　　　　-  （事務所・施設等名）　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　  **電話番号**（　　　　　　） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更または解除希望情報（該当に☑）**  **※国民健康保険・後期高齢者医療保険・介護保険に☑した場合は、それぞれ被保険者番号をご記入ください(番号が不明の場合は省略可）。**  **※本届出書で送付先設定可能な書類や各制度の概要は、別紙「お手続きにあたって」をご覧ください。** | | | | | | | | | | | |
| □ | 住民税に関すること |  | | | | | | | | | |
| □ | 国民健康保険に関すること | **２** | **０** | **－** |  |  | **－** |  |  |  |  |
| □ | 後期高齢者医療保険に関すること |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ | 介護保険に関すること | **１** | **０** | **０** |  |  |  |  |  |  |  |
| □  □  □ | （身体・知的障害）心身障害者福祉手当等に関すること　※現在受給中の方  （身体・知的障害）障害福祉サービスに関すること　※現在受給中の方  健康診査・がん検診に関すること | | | | | | | | | | |
| □ | 大気汚染医療費助成制度に関すること　※現在受給中の方 | | | | | | | | | | |
| □ | 予防接種 (インフルエンザ・肺炎球菌等)に関すること | | | | | | | | | | |
| □  □ | （精神障害）心身障害者福祉手当等に関すること　※現在受給中の方  （精神障害）障害福祉サービスに関すること　※現在受給中の方 | | | | | | | | | | |

**練馬区長　様**

**東京都後期高齢者医療広域連合長　様**

**以上のとおり提出いたします。　　　　　　　　　　　　　　届出年月日　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **処　　理** | **備　　考** | **受　　付** |
|  |  |  |
| **確　　認** |
|  |