

成年後見人等送付先設定届出書 お手続きにあたって

1 届出人について

本届出書でお手続きできる方は、成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人です。

2 送付先を変更または解除できる書類・制度

本届出書によって送付先を変更（新規登録を含む）または解除できる書類・制度の概要は、本紙裏面をご覧ください。

国民健康保険については、被後見人等が世帯主でない場合は届出ができない書類があります。また、国民健康保険被保険者が後期高齢者医療に加入した場合でも、送付先情報は自動的に引き継がれませんので、あらためて届出が必要です。

3 記入方法

記入例を本紙 P3 に掲載していますのでご覧ください。

4 添付書類

下記のうち、変更の場合は、 をご提出ください。 は、該当の場合に、 と併せてご提出ください。解除の場合は、 のみご提出ください。

登記事項証明書

...写し可。発行から 6 か月以内。保佐人・補助人・任意後見人は代理行為目録を含む。

届出人の本人確認書類

...写し可。官公庁発行の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）

送付先を事務所に設定する場合は、当該事務所に所属していることがわかる社員証等および事務所の住所が記載されているものの写し

送付先を施設や病院等に設定する場合は、被後見人等が当該施設等に入所または入院していることがわかる契約書や領収書等の写し

5 注意事項

入所先施設や病院等、後見人等のご住所以外への変更をご希望の場合は、必ず事前に施設等からの承諾を得たうえでお手続きをお願いいたします。解除の場合も同様です。

すでに送付先設定がされている場合は、前届出人の承諾を得たうえでお手続きをお願いいたします。

お手続き後、内容確認等のために届出書「変更または解除希望情報」で印した書類の各関係部署からご連絡する場合がございます。

変更後は、解除等のお手続きがない限り、表面【送付先情報】の住所へ送付いたします。死亡等により送付先設定が不要となった場合や他住所へ変更される場合は、あらためてお手続きをお願いいたします。

変更または解除の処理が完了するまで、届出から 1～2 週間程度お時間を要します。お手続きの時期によっては、通知書等の発送に間に合わない可能性がありますのでご了承ください。

各送付物や事業に関する個別のお問い合わせは、本紙 P2 に記載の問い合わせ先へお願いいたします。

6 届出方法およびお問い合わせ

オンライン（Logo フォーム）をご利用ください。（URL <https://logoform.jp/form/G2rU/496222>）

下記窓口へのご提出も可能です。本届出全般に関するお問い合わせも下記へお願いいたします。

（Logo フォーム）

練馬区 福祉部 管理課 地域福祉係

〒176-8501 練馬区豊玉北 6 - 12 - 1（西庁舎 3 階）

連絡先 03 - 5984 - 2716



	対象書類	対象者・制度概要等	問い合わせ先
税務課	住民税申告書 納税通知書	1月1日現在練馬区に住民登録があり、前年に練馬区へ住民税の告をしている方 住民税が課税となる方	税務課 03-5984-4537
収納課	住民税納付書・督促状・還付通知書等 国民健康保険料納付書・督促状・還付通知書等	住民税が課税となる方 国民健康保険被保険者の納付義務者(世帯主)	納付案内センター 03-5984-4547
国保年金課	国民健康保険 被保険者証(高齢受給者証) 保険料納入通知書 高額療養費支給申請書等 限度額適用認定証	～ 国民健康保険被保険者の 世帯主 ・高額療養費...診療月から3～4か月後にお知らせを送付(2回目以降は自動振込み) 国民健康保険被保険者本人 国保加入者が後期高齢者に制度移行した場合は、 <u>本届出とは別に、後期高齢者の送付先設定が必要です。</u>	こくほ資格係 03-5984-4554 こくほ給付係 03-5984-4553
	後期高齢者医療保険 被保険者証、限度額適用認定証、高額療養費支給申請書等 保険料決定通知書・納付書・督促状・還付通知書等	75歳以上または65歳以上で障害認定された方	後期高齢者資格係03-5984-4587 後期高齢者保険料係 03-5984-4588
介護保険課	介護保険被保険者証 介護保険料決定通知書・納付書・督促状・還付通知書等 介護保険負担割合証、高額介護サービス支給決定通知書 介護認定結果通知書等	第1号被保険者(65歳以上)、第2号被保険者(40歳以上で医療保険加入者)	資格保険料係 03-5984-4592 給付係 03-5984-4591 介護認定第一係 03-5984-2867
総合福祉事務所	身体・知的障害の方の 心身障害者福祉手当等 特別障害者手当、障害児福祉手当等 東京都重度心身障害者手当 障害福祉サービス関係書類	該当事業 ...心身障害福祉手当・心身障害者医療費助成・心身障害者福祉タクシー事業・心身障害者自動車燃料費助成・心身障害者(児)紙おむつ支給・心身障害者(児)出張調髪事業 <u>それぞれ年齢や手帳等級、所得制限等がある場合があります。詳しくはお問い合わせください。</u> 障害福祉サービス利用者	各総合福祉事務所 ～ 福祉事務係 〒176 地区 練馬 03-5984-4612 〒179 地区 光が丘 03-5997-7060 〒177 地区 石神井 03-5393-2817 〒178 地区 大泉 03-5905-5274 障害者支援係・知的障害者担当係 〒176 地区 練馬 03-5984-4609 〒179 地区 光が丘 03-5997-7756 〒177 地区 石神井 03-5393-2816 〒178 地区 大泉 03-5905-5272
健康推進課	健康診査受診券 がん検診等受診券(チケット)	各種健康診査等の対象となっている方 <u>は、病院や入所施設などに送付できない場合があります。詳しくはお問い合わせください。</u>	成人保健係 03-5984-4669
保健予防課・保健相談所	大気汚染医療費助成 予防接種予診票 (インフルエンザ・肺炎球菌等) 精神障害の方の 心身障害者福祉手当等 障害福祉サービス関係書類	大気汚染医療費助成制度の認定を受け、有効期間内にある方等 インフルエンザ対象者...接種日現在65歳以上の方または60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で身体障害者手帳1級程度の障害がある方 <u>そのほかの予防接種について、詳しくはお問い合わせください。</u> 該当事業 ...心身障害者福祉手当・心身障害者医療費助成・心身障害者福祉タクシー事業・心身障害者自動車燃料費助成 対象者 精神障害者保健福祉手帳1級の方 <u>それぞれ年齢や所得制限等がある場合があります。詳しくはお問い合わせください。</u> 障害福祉サービス利用者	管理係 03-5984-2484 予防接種係 03-5984-2484 精神保健係 03-5984-4764 管轄の保健相談所

成年後見人等送付先設定届出書

記入例

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	シャクジイハナコ ホサニン ネリマトロウ	本人との関係 該当に☑
氏名	石神井花子 保佐人 練馬太郎	成年後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐人 補助人 任意後見人
住所	〒176 - 8501 練馬区豊玉北6-12-1 (事務所名) 電話番号 090 (1111) 2222	
本人(被後見人等)情報		
フリガナ	シャクジイ ハナコ	生年月日
氏名	石神井 花子	1930年 1月 1日
住所 (住民票上の住所)	〒177 - 0000 東京都練馬区石神井町 - - 電話番号 080 (0000) 9999	
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	シャクジイハナコ ホサニン ネリマトロウ	本人との関係 該当に☑
宛名	例1) 石神井花子 保佐人 練馬太郎 例2) 中央病院 課 (担当者名)	成年後見人 <input checked="" type="checkbox"/> 保佐人 補助人 任意後見人 その他()
住所	〒111 - 0000 東京都 区××1-2-34 (事務所・施設等名) 司法書士事務所 電話番号 03 (5555) 6666	

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。																																		
<input checked="" type="checkbox"/> 住民税に関する事 国民健康保険に関する事 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険に関する事 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険に関する事 (身体・知的障害)心身障害者福祉手当等に関する事 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事 現在受給中の方 健康診査・がん検診に関する事 大気汚染医療費助成制度に関する事 現在受給中の方 <input checked="" type="checkbox"/> 予防接種(インフルエンザ・肺炎球菌等)に関する事 (精神障害)心身障害者福祉手当等に関する事 現在受給中の方 (精神障害)障害福祉サービスに関する事 現在受給中の方	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">2</td><td style="width: 10%;">0</td><td style="width: 10%;">-</td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;">-</td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td><td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td> </td> </tr> </table>	2	0	-		-							0	9	8	7	6	5	4	3				1	0	0	1	2	3	4	5	6	7	
2	0	-		-																														
0	9	8	7	6	5	4	3																											
1	0	0	1	2	3	4	5	6	7																									

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

新たな送付先を設定する方は「変更」、設定済みの送付先を解除する方は「解除」に☑してください。

届出人の情報をご記入いただき、被後見人等との関係に☑してください。

被後見人等の情報をご記入ください。住所は都道府県から記入してください。

送付先情報をご記入ください。住所は都道府県から記入してください。

- ・ の届出人情報と相違ない場合は、1行目に☑してください。それ以外の場合は2行目以降をご記入ください。
- ・ 病院や施設等を設定する場合は、【本人との関係】はその他に☑し、()も記入してください。<例：入所先施設担当者>【宛名】は施設等名称の他、担当者名もご記入ください(例2)。

変更または解除する送付物に☑してください。書類や制度の概要は、本書 P2 をご覧ください。

記載内容にお間違いのないことをご確認いただき、届出年月日を記入してください。