

成年被後見人等あて通知書等の送付先登録 申請書

R7.4.1 作成

(あて先) 三島市長・三島市福祉事務所長・静岡県後期高齢者医療広域連合長 あて

受付印

- 私は、三島市等から成年被後見人等あてに送付される通知書等の送付先の登録を次のとおり申請します。
- 本人が被保佐人、被補助人又は任意後見契約を締結していることについて本人の同意を得ていることを申し添えます。
- 本申請にかかる一切の責任については、私か、変更等があるときは、速やかに変更登録等にかかる申請をすることを申し添えます。
- 私は、三島市等は、本申請に基づき送付した通知書等を私に交付することができない等正当な理由があるときは、本申請に基づく登録を解除することができることに同意します。
- 添付書類の記載内容については、現在も相違ありません。

記入例

登録の区分 (該当する項目に○をつけてください。) 新規登録・変更登録 (※ 登録済み送付先の変更や希望項目の追加)・成年後見人等任務終了・その他 ()

		申請日	令和7年 4月 1日	
(成年後見人等) 申請者	フリガナ	ミシマ コウケンタロウ	本人との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人	
	氏名	三島 後見太郎		
	住所	〒411-8666 三島市北田町〇〇-△△	電話番号	055 (983) ××××
	送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者住所と異なる場合 〒 -	電話番号	()
(成年被後見人等) 本人	フリガナ	フクシ ソウムコ	生年月日 明治・大正・ 昭和 ・平成 12年 11月 8日	
	氏名	福祉 総務子		
	住所	〒411-0853 静岡県三島市大社町〇〇-△△	電話番号	055 (983) ××××
あて先の表記		<input checked="" type="checkbox"/> 本人の氏名+成年後見人等の類型+申請者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者の氏名 のみ	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 「登記事項証明書・代理行為目録 (保佐、補助、任意後見の場合) の写し」又は、「審判書謄本・審判確定証明書の写し」 ※ 「後期高齢者医療」の送付先登録を希望し、本申請時に「審判書謄本・審判確定証明書の写し」を添付した方は、後日「登記事項証明書・代理行為目録の写し」を保険年金課にご提出ください。 ※ 登記事項証明書等は、最新のもの (現在の状況と相違ないもの) の添付をお願いします。 <input checked="" type="checkbox"/> 「申請者の本人確認書類の写し」 (運転免許証、パスポート等) <input type="checkbox"/> 「申請者と送付先の関係がわかるもの」 (名刺、パンフレット等) ※ 送付先が申請者住所と異なる場合のみ			

送付先の登録を希望する通知書等の項目 ※ 希望する項目の□にレ点をつけてください。対象となる通知書等は裏面を確認ください。

項目	国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険事業	高齢者福祉サービス及び老人福祉法の措置	障がい福祉	生活保護	各種健診等	市税等	市営住宅	水道下水道
項目を指定する場合はこちらから選択	<input type="checkbox"/> 全て (下記該当項目)	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 全て	<input checked="" type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 全て
	<input type="checkbox"/> 資格関係 (世帯主のみ可)	<input type="checkbox"/> 資格管理	<input type="checkbox"/> 資格関係	<input type="checkbox"/> 高齢者福祉サービス関係	<input type="checkbox"/> 障がいの者手帳・手当関係			<input type="checkbox"/> 市民税関係		<input type="checkbox"/> 水道料金、下水道使用料関係
	<input type="checkbox"/> 給付関係 (世帯主のみ可)	<input type="checkbox"/> 給付管理	<input type="checkbox"/> 認定関係		<input type="checkbox"/> 障がいの医療関係			<input type="checkbox"/> 資産税関係		
	<input type="checkbox"/> 医療費通知 (被保険者本人のみ可)	<input type="checkbox"/> 保険料賦課管理 <input type="checkbox"/> 保険料収納管理	<input type="checkbox"/> 給付関係 <input type="checkbox"/> 保険料関係	<input type="checkbox"/> 老人福祉法の措置関係	<input type="checkbox"/> 障がいの福祉サービス関係			<input type="checkbox"/> 市税収納関係		<input checked="" type="checkbox"/> 下水道事業受益者負(分)担金関係
担当部署	保険年金課 国保係	保険年金課 高齢者医療係	介護保険課 介護保険係	長寿政策課 高齢者福祉政策室	障がい福祉課	福祉総務課 保護係	健康づくり課	課税課 市税収納課	三島住まい推進室	水道課 下水道課

***** 以下、記入不要 (庁内使用欄) ***** 台帳番号 _____

受領記録	国保	後期	介護	高齢者福祉	障がい	生保	健診等	市税(市・資)	市税(収)	住宅	水道	下水道
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

※ 受付課は原本を成年後見制度の利用促進担当の部署へ提出のこと (書類の流れ 受付課 → 成年後見制度の利用促進担当の部署 → 登録希望部署へ写し配付)。