

成年被後見人等宛て郵便物等の送付先住所登録(変更・廃止)届

芦屋市長・兵庫県後期高齢者医療広域連合長・芦屋市福祉事務所長 宛

裏面あり

別紙のとおり、本人(成年被後見人等)の成年被後見人等に就任したため、上記の者から本人(成年被後見人等)宛に送付される郵便物等は、成年被後見人等宛に送付するよう届け出るとともに、所管課で情報を共有することに同意します。また、本人が被保佐人又は被補助人である場合は、この届の提出及び前述の情報共有について、本人の同意を得ていることを申し添えます。なお、送付先登録に伴う一切の責任については、申請者(成年被後見人等)が負い、添付書類の記載内容については、現在も相違ありません。本届出内容について変更(廃止)がある場合は、変更(廃止)届を提出します。

受付印

*…必須項目

登録 変更 廃止

届出日 年 月 日

申請者 (成年被後見人等)	フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年被後見人	<input type="checkbox"/> 保佐人
	* 氏名			<input type="checkbox"/> 補助人	<input type="checkbox"/> 任意被後見人
	* 住所 ※住民票上の住所	〒 -	* 電話番号		
送付先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	電話番号		
		<input type="checkbox"/> 申請者住所と異なる ※事務所等に送付先を設定される場合にご記入ください			
		〒 -			
送付先住所 変更・廃止の理由	※変更・廃止届の場合のみ記入				

※代筆を行う場合はチェックをしてください

本人(成年被後見人等)は自署を行うことが困難であるため、本人以外(成年被後見人等)が、本人の同意を得て代筆を行います。

本人 (成年被後見人等)	フリガナ		生年月日	年	月	日
	* 氏名			* 電話番号		
	* 住所	〒 -				

添付書類	<input type="checkbox"/> 「登記事項証明書・代理行為目録(保佐、補助、任意被後見の場合)の写し」又は「審判書謄本・審判確定証明書の写し(3か月以内のもの)」 ※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 type="checkbox"/> 「申請者の本人確認書類の写し」(マイナンバーカード、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」(弁護士会の会員証等) ※送付先が申請者住所と異なる場合のみ

送付先の登録(廃止・変更)を希望する郵便物等の項目は裏面に記載

《注意事項》

- 郵便物の宛名に本人(成年被後見人等)の氏名を記載する場合がありますのでご了承ください。
- 届出をしても、制度の対象年齢未到達等の理由により届出時点でその制度や業務に該当しなかった場合は、送付先が変更されません。
その場合は、該当した時点で改めて届出をお願いします。なお、該当しなかった場合の案内はありませんので、ご了承ください。
- 住民票や税証明等の交付申請や各種申告については、それぞれの担当課でその都度手続をする必要があります。
- 届出日から、実際に送付先の変更が完了するまでに概ね1週間~2週間程度かかります。
そのため、変更前の住所に郵便物等を送付する場合がありますのでご了承ください。
- 変更・廃止時にもこの届出が必要です。

[職員処理欄]

受付部署： 担当者名： 内線： 備考：

受付後は届出書と添付資料のデータを該当の部署に共有

送付先の登録を希望する郵便物等の項目

成年被後見人等に送付されている郵便物等について

- 全て** の送付先登録(変更・廃止)を希望します。 ※矢印に従って①～④の必要事項を記入してください。
- 一部の郵便物のみ** 送付先登録(変更・廃止)を希望します。

一部のみ希望される場合は、希望する項目にチェックしてください。 ※登記事項等と同一のものを選択してください。

チェック欄	郵便種別	対象となる郵便物等 ※これ以外の郵便物等も対象となる場合があります	担当部署
<input type="checkbox"/>	市県民税	市税に関するすべての郵便物等	課税課 (債権管理課)
	固定資産税		
	軽自動車税		
<input type="checkbox"/>	国民健康保険関係 ※本人(成年被後見人等)が、住民票上の世帯主である場合にのみ、申請が可能です。	国民健康保険に関するすべての郵便物等 ※相続人が成年被後見人等の場合、別途申請が必要な場合があります。	保険課 (債権管理課)
①	被保険者番号 ※後期高齢者医療の項目について1つでも該当する場合は必ず記入してください		保険課
<input type="checkbox"/>	資格関係	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・特定疾病療養受療証 ・資格情報に関する郵便物	
<input type="checkbox"/>	給付関係	・給付関係支給申請書 ・給付関係決定通知書 ・医療費通知 ・ジェネリック差額通知書 ・療養費等給付に関する郵便物 ※相続人が成年被後見人の場合、別途申請が必要な場合があります。	
<input type="checkbox"/>	保険料賦課関係	保険料額決定(変更)通知等保険料に関する郵便物	
<input type="checkbox"/>	保険料収納関係	保険料収納、還付(充当)及び滞納に関する郵便物	
<input type="checkbox"/>	本人への登録お知らせ通知を差止 ※DV等の事情に限る	※該当する場合は差止め理由を記入してください。	保険課 (債権管理)
<input type="checkbox"/>	管理料納付関係	・納入通知書 ・減免決定通知書	環境課
<input type="checkbox"/>	生活保護関係	生活保護に関する全ての郵便物	生活援護課
<input type="checkbox"/>	障がい者手帳関係	・身体障害者手帳に関する全ての郵便物 ・療育手帳に関する全ての郵便物 ・精神障害者保健福祉手帳に関する全ての郵便物	障がい福祉課
	更生医療関係	更生医療に関する全ての郵便物	
	育成医療関係	育成医療に関する全ての郵便物	
	精神通院医療関係	精神通院医療に関する全ての郵便物	
	②	障がい福祉サービス関係	
<input type="checkbox"/>	特別児童扶養手当関係	特別児童扶養手当に関する全ての郵便物	障がい福祉課
<input type="checkbox"/>	心身障害者扶養共済制度関係	心身障害者扶養共済制度に関する全ての郵便物	
<input type="checkbox"/>	障がい者手当関係 ※対象者が障がいのある人本人	特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当に関する全ての郵便物	
<input type="checkbox"/>	障がい者手当関係 ※対象者が障がいのある人本人以外	重度心身障害者(児)介護手当に関する全ての郵便物	
<input type="checkbox"/>	上記以外	上記以外の全ての郵便物	
<input type="checkbox"/>	障がい者・高齢障がい者医療費助成	障がい者・高齢障がい者医療費の助成に関する全ての郵便物 ※該当する場合は記入してください。	地域福祉課
		受給者番号	
<input type="checkbox"/>	高齢期移行助成	高齢期移行助成に関する全ての郵便物 ※該当する場合は記入してください。	地域福祉課
		受給者番号	
<input type="checkbox"/>	認定・給付関係	認定・給付に関する全ての郵便物	高齢介護課
		納付関係	
<input type="checkbox"/>	介護保険以外の高齢者施策関係	介護保険以外の高齢者施策に関する全ての郵便物	高齢介護課
<input type="checkbox"/>	健(検)診及び予防接種関係	・健康診査に関する郵便物 ・各種がん検診に関する郵便物 ・各種予防接種に関する郵便物 ・その他保健事業に関する郵便物	こども家庭・保健センター
<input type="checkbox"/>	市営住宅関係	・収入申告書 ・収入認定通知書 ・家賃等納付書 ・督促状 ・その他市営住宅に関する各種郵便物	建築住宅課
<input type="checkbox"/>	水道料金関係(下水道使用料含む)	・納入通知書 ・督促状 ・催告書 ・還付通知書 ・停水に関する通知 ・検針ハガキ ・口座再振替通知	水道業務課