

# 成年後見人等送付先設定届出書

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		