

成年被後見人等の送付先変更一括登録届

令和 8 年 3 月 2 日

(あて先) 大津市長・大津市福祉事務所長・滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様
 大津市から本人に送付される郵便物等について、下記のとおり送付先住所の登録を依頼するとともに、所管課で情報共有することを同意します。送付先登録に伴う一切の責任については、届出者(成年被後見人等)が負い、変更等があった場合には速やかに届出を行います。また、本人が被保佐人または被補助人である場合は、この届出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。

受付課 印	受領課 印

1. 該当する区分に○印をつけてください。

届出の種類		
<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 変更	<input type="radio"/> 廃止

2. 成年被後見人等についてご記入ください。

フリガナ	コウケン タロウ	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成・令和
氏名	後見 太郎		11 年 1 月 1 日
住民票上の住所	〒 520-◆◆◆◆ 大津市●●町△丁目○番▲号 電話番号 077-▼▼▼▼-▼▼▼▼		

3. 届出者及び通知書等の送付先

フリガナ	ヨウゴ ハナコ	成年被後見人等との続柄	<input checked="" type="radio"/> 成年被後見人・保佐人・補助人
氏名	擁護 花子		
送付先の住所	〒 520-◆◆◆◆ 大津市●●町○番▲号 □□ビル■階 擁護司法書士事務所 電話番号 077-◆◆◆◆-◆◆◆◆		

4. 通知書宛名への成年被後見人等の氏名の表示

<input checked="" type="radio"/> 可	<input type="radio"/> 不可
------------------------------------	--------------------------

5. 送付先変更が必要な通知書等に✓印をし、必要事項を記入ください。

送付先変更依頼先	全て	通知種別	必要事項
1	<input type="checkbox"/>	国民健康保険(□資格確認書等関係 □その他通知等関係)	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度(□資格関係 □給付関係 □賦課収納関係)	
3	<input type="checkbox"/>	福祉医療費助成関係	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	介護保険関係	被保険者番号 ●●●●●●●●●●●●●●●●
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税・県民税・森林環境税 関係	
		<input type="checkbox"/> 軽自動車税 関係	
6	<input type="checkbox"/>	固定資産税・都市計画税 関係	通知書番号
7	<input checked="" type="checkbox"/>	長寿福祉課に係る事業関係	
8	<input type="checkbox"/>	生活福祉課	
9	<input type="checkbox"/>	障害福祉課	
10	<input checked="" type="checkbox"/>	各種健(検)診関係	
11	<input type="checkbox"/>	収納関係	- 団地 棟 号室
12	<input type="checkbox"/>	道路等占用関係	許可番号