

受付印

後見人等への通知送付先登録届

↓いずれかに「○」を付けてください
(新規 ・ 変更 ・ 取消)

(宛先) 秋田市長・秋田市福祉事務所長・秋田市上下水道事業管理者・秋田県後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり、被後見人等あてに送付される裏面に指定の通知については、後見人等同意の上、送付先登録の届出をするとともに、関係機関で情報を共有することに同意します。

なお、被後見人等が被保佐人又は被補助人である場合は、この登録届を提出するにあたり、前記の情報共有に係る同意を得ていることを申し添えます。

また、送付先登録に伴う一切の責任については後見人等が負い、添付書類の記載内容については現在も相違ありません。

記入例

「変更」の場合 は、変更内容に☑	<input type="checkbox"/> 送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を希望 する項目の追加	<input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	--------------------------------	--	----------------------------------

該当する 場合は☑	(変更の届出をする方) <input type="checkbox"/> 届出済みの登記事項証明書に変更はありません。	(複数後見の方) <input type="checkbox"/> 下記以外の後見人等の同意のもとに申請 します。
--------------	--	---

届出年月日		令和 5 年 6 月 1 日	
被 後 見 人 等 (変 更 前 送 付 先)	フリガナ	アキタ タロウ	
	氏 名	秋田 太郎	生年月日
	住所 電話	〒 010 - ●●●● 秋田市山王一丁目●番●号 電話 ●●●● (●●●●) ●●●●	
後 見 人 等 (変 更 後 の 送 付 先)	フリガナ	アキタ ハナコ	被後見人等との 関係に○を つけてください
	氏 名	秋田 花子	成年後見人 ・ 保佐人 補助人 ・ 任意後見人
	住所 電話	〒 010 - ●●●● 秋田市山王二丁目●番●号 電話 ●●●● (●●●●) ●●●●	
	方 書	※送付先が上記住所と異なる場合はご記入ください(事務所等に送付希望など) (住所) 〒 010 - ●●●● 秋田市山王七丁目●番●号 (事務所名等) 秋田花子法律事務所 電話 ●●●● (●●●●) ●●●●	

後見人等が届出する場合は、以下は記入不要です。

届 出 者	フリガナ	アキタ ジロウ		生年月日	大・昭・平
	氏 名	秋田 次郎	後見人等からみた関係 従業員		2 年 1 月 1 日
	住所 電話	〒 010 - ●●●● 秋田市山王三丁目●番●号 電話 ●●●● (●●●●) ●●●●			

裏面あり

(必要なもの 提出書類 に)	<input checked="" type="checkbox"/> 【新規・変更(変更がある場合のみ)】 登記事項証明書の写し(発行日より3ヶ月以内のもの)、代理行為目録の写し(保佐、補助、任意後見の場合)
	<input checked="" type="checkbox"/> 【全員】 提出者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカードなど本人確認できるもの)→窓口での提示のみ
	<input checked="" type="checkbox"/> 【届出人と提出者が異なる場合】 委任状。なお、法人後見の場合は委任状不要だが、法人に所属していることが分かる社員証等の写し
	<input checked="" type="checkbox"/> 【送付先が事務所等の場合】 事務所等の所在地が分かるもの(名刺、パンフレット)の写し

◎送付先の登録を希望する項目にチェック☑をつけてください。

対象となる具体的な通知等は、別紙「後見人等への通知送付先住所登録届の対象となる通知等」をご確認ください。内容ごとに登録を希望する場合のみ、該当する項目に☑してください。

※☑されていても、年齢未到達などで現時点で対象通知がない場合、該当時点で改めて手続きが必要です。

国民健康 保 険	後期高齢者 医 療 保 険	障がい福祉・ 保 健 福 祉	介護保険・ 高 齢 者 福 祉 サ ー ビ ス	生活保護	水道料金・下 水 道 使 用 料、下 水 道 事 業 受 益 者 負 担 金・分担金、 給 水 装 置 工 事 の 審 査 お よ び 検 査	市 税 ・ 公 課	
<input type="checkbox"/> 全ての 通知 ①③	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての 通知 ②③	<input type="checkbox"/> 全ての通知 ④⑤	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての 通知 ⑥⑦	<input type="checkbox"/> 全ての 通知⑧	<input type="checkbox"/> 全ての通知 ⑨⑩⑪	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての通知 ⑫⑬⑭⑮	
<input type="checkbox"/> 資格関係 ①	<input type="checkbox"/> 資格関係 ②	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳④ <input type="checkbox"/> 療育手帳④ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 ⑤	個別に希望 する場合、 内容を記入	個別に希望 する場合、 内容を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 水道料金・下 水道使用料等 関係⑨	個別に希望する 場合、税目や内容を 記入	
<input type="checkbox"/> 賦課関係 ①	<input type="checkbox"/> 賦課関係 ②	<input type="checkbox"/> 各予防接種関係⑤ <input type="checkbox"/> 感染症又は指定 難病⑤			<input type="checkbox"/> 下水道事業受 益者負担金・ 分担金関係 ⑨⑩		<input type="checkbox"/> 給水装置工事 の審査および 検査関係⑪
<input type="checkbox"/> 収納関係 ①	<input type="checkbox"/> 収納関係 ②	<input type="checkbox"/> 障がい医療関係④					
<input type="checkbox"/> 給付関係 ①	<input type="checkbox"/> 給付関係 ②	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サー ビス関係④					
<input type="checkbox"/> 健診関係 ③	<input type="checkbox"/> 健診関係 ③	<input type="checkbox"/> 福祉特別乗車証 (バス券)⑤					
		<input type="checkbox"/> 自立支援医療⑤					
国保年金課① 後期高齢医療課② 特定健診課③		障がい福祉課④ 健康管理課⑤	介護保険課⑥ 長寿福祉課⑦	保護第一課 保護第二課 ⑧	上下水道局 お客様センター⑨ 下水道整備課⑩ 給排水課⑪	市民税課⑫ 資産税課⑬ 納税課⑭ 特別滞納整理課⑮	

以下は市使用欄

庁内使用欄	受付番号 (長寿福祉課)											お客様番号	
	国民健康保険証 被保険者番号											宛名番号	
	後期高齢者医療 被保険者番号											受付担当者	
	身体障害者 手帳番号											特記事項	
	療育手帳番号												
	介護保険 被保険者番号												
本人 確認方法	(1種類で可)	(2種類で可)											関係課收受印
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証											
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 介護保険証											
	<input type="checkbox"/> 弁護士証	<input type="checkbox"/> 年金手帳											
	<input type="checkbox"/> 司法書士証等	<input type="checkbox"/> その他 ()											