

# 記入例

送付先登録届 (新規・変更・取消)

事務所・公営企業管理者・愛媛県後期高齢者医療広域連合長

記載した個人情報及び送付先の登録事務を受けている事実について、郵便物等の送付先の登録を希望する所管課の関係職員で情報を共有することに同意します。

なお、本人が被保佐人又は被補助人である場合は、この届出書を提出するにあたり、前記の情報共有に係る本人の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届出人が負い、添付書類の記載内容については現在も相違ありません。

変更の場合は変更内容に○をつけてください。送付先住所 ・ 希望する項目の追加 ・ 後見人等の変更 ・ その他 ( )

届出年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	本人(被後見人等)との関係に○をつけてください。	成年後見人 補助人	保佐人 任意後見人
フリガナ	マツヤマ タロウ			
氏名	松山 太郎			
住所(方書) 電話	〒 790 - 8571 松山市二番町四丁目7-2		電話 089 ( 948 ) 6919	
送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり ※別の送付先を設定される場合はご記入ください。 〒 -		電話 ( )	

窓口に来た人	※窓口に来た人が後見人等(届出人)と同じ場合は記入不要			
フリガナ	エヒメ ケンタ	住所(方書) 電話	〒 790 - 0001 松山市一番町四丁目4-2	電話 089 ( 948 ) 6919
氏名	愛媛 健太			

本人(被後見人等)	フリガナ	イシイ シロウ	生年月日	明大(昭)平 10年1月1日
	氏名	石井 支郎		
	住所(方書) 電話	〒 790 - 0934 松山市居相一丁目8番26号		電話 089 ( 956 ) 0248

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 登記事項証明書(発行日より3ヶ月以内のもの) <input type="checkbox"/> 代理行為目録(保佐、補助、任意後見の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 窓口に来た人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート) <input checked="" type="checkbox"/> 委任状または後見人等の本人確認書類(後見人等と窓口に来た人が異なる場合) <input type="checkbox"/> 委任契約及び任意後見契約に関する公正証書正本又は謄本(任意後見の場合) <input type="checkbox"/> 法人の登記簿謄本(法人後見の場合)	<b>「水道料金・下水道料金関係」にチェックをつけた場合、「お客様番号」を必ず記載して下さい。番号が不明な場合は、「上下水道料金課」にお問い合わせください。</b>
------	--	--

郵便物等の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。 ※以前の登録内容と変更される場合、最新の届出内容で登録をします。チェック欄にお気を付けてください。

国民健康保険	後期高齢者医療	介護保険事業	生活保護事業	障がい福祉事業	水道料金・下水道使用料、受益者負担金	市税
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全ての通知 <input type="checkbox"/> 資格関係 <input checked="" type="checkbox"/> 賦課関係 <input type="checkbox"/> 収納関係 <input checked="" type="checkbox"/> 給付関係	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	水道料金・下水道使用料関係 <input checked="" type="checkbox"/> ※お客様番号を記載 ( ) 受益者負担金関係 <input checked="" type="checkbox"/> *通知書番号を記載 ( )	<input type="checkbox"/> ①個人の市・県民税 <input type="checkbox"/> ②軽自動車税 <input type="checkbox"/> ③固定資産税
健康保険課(国保)	健康保険課(後期)	介護保険課	生活福祉総務課 生活福祉業務第1課 生活福祉業務第2課	障がい福祉課	上下水道料金課	①②市民税課 ③資産税課

※ 裏面の注意事項もお読みください。

庁内使用欄	国民健康保険証記号番号	身体障害者手帳番号
宛名番号	後期高齢者医療被保険者番号	療育手帳番号
	介護保険被保険者番号	

入力日	確認	受付

## 《注意事項》

(1) 届出をしても、年齢未到達等の理由により届出時点でその業務に該当しなかった場合は、送付先が変更されないことがあります。その場合は、該当した時点で改めて届出をお願いします。該当した時点で自動的に送付先変更を行うものではありませんので、ご注意ください。

(2) 届出の内容によっては、担当課からお問合せする場合があります。

(3) この届出は、あくまで市の特定の事業に関する通知等の郵送先を指定するものに過ぎず、後見人等が被後見人等に関する市の手続の全てを代理できるようになるわけではありません。

(4) 後見人等の転居で送付先が変更になった場合などは、その旨の届出（変更）をお願いします。

(5) 変更の届出の場合、以前にチェックされた送付先変更希望項目と異なる場合は、最新の届出内容で登録を行いますので、チェック漏れがないように記載をお願いします。

(6) 届出した日から、実際に送付先の変更が完了するまでに数日かかることがあります。その場合、変更になる前の住所等に通知が送付されることがありますので、ご了承ください。

(7) 書式や添付資料等は、今後変更になる場合がありますので、最新の情報をご確認ください。

(8) 未成年後見に関しては、この届出書の対象となりません。