

受付No.

受付印

令和 年 月 日 提出

(宛先) 千歳市長

下記のとおり、裏面の注意事項を確認の上、送付先の変更を届け出ます。

提出書類の内容について市の関係部署等で情報を共有することに同意します。

また、届出内容に相違はなく、送付先変更に伴う一切の責任は届出人が負うことに同意します。

|                 |                                                              |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 届出の種別           |                                                              | <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 取消<br>(変更または取消の場合) [理由: _____] |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 届出人<br>(成年後見人等) | フリガナ                                                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |  | 本人(成年被後見人等)との関係                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|                 | 氏名                                                           |                                                                                                                 |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人<br><input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 |  |  |  |  |  |  |
|                 | 住所                                                           | 〒 _____ - _____                                                                                                 |  |  |  |  |  | 電話番号 _____                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 送付先             | <input type="checkbox"/> 届出人住所又は所在地に同じ。(異なる場合は以下に記入してください)   |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|                 | 住所                                                           | 〒 _____ - _____                                                                                                 |  |  |  |  |  | 電話番号 _____                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
| 提出者<br>(窓口に来た人) | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ。(異なる場合(法人後見を含む)は以下に記入してください) |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|                 | フリガナ                                                         |                                                                                                                 |  |  |  |  |  | 届出人(成年後見人等)との関係                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
|                 | 氏名                                                           |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |
| 提出者             | 住所                                                           | 〒 _____ - _____                                                                                                 |  |  |  |  |  | 電話番号 _____                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |
|                 |                                                              |                                                                                                                 |  |  |  |  |  |                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |

[illegible]

《送付先変更を希望する項目について、チェック☑をしてください》

| 項目                                                                                                                          |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 市税関係<br><input type="checkbox"/> 住民税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険、医療費助成、後期高齢者医療保険関係<br>被保険者番号（8桁） [ _____ ]                   |
| <input type="checkbox"/> 生活保護関係                                                                                             | <input type="checkbox"/> 高齢者福祉、介護保険関係<br><small>※緊急通報システム利用者は緊急協力員又は問合せ先の登録を確認願います。</small> |
| <input type="checkbox"/> 障がい者福祉関係                                                                                           | <input type="checkbox"/> 各種健（検）診関係<br>被保険者番号（8桁） [ _____ - ____ - ____ ]                    |
| <input type="checkbox"/> 市営住宅関係                                                                                             | <input type="checkbox"/> 水道、下水道関係                                                           |

《市關係部署處理欄》

|     |     |       |     |        |         |       |       |       |         |     |
|-----|-----|-------|-----|--------|---------|-------|-------|-------|---------|-----|
| 税務課 | 納税課 | 国保医療課 | 保護課 | 高齢者支援課 | 障がい者支援課 | 市民健康課 | 市営住宅課 | 水・総務課 | 水道サービス課 | 福祉課 |
|-----|-----|-------|-----|--------|---------|-------|-------|-------|---------|-----|

## ■ 提出書類

- ☐ 成年後見人等への送付先変更届（本書類）
- ☐ 届出人（成年後見人等）の本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカードなど）
- ☐ 登記事項証明書の写し（または審判書謄本及び審判確定証明書の写し）

### 【以下の書類は該当する場合のみ必要です】

- ・ 保佐人、補助人、任意後見人の場合
  - ☐ 代理行為目録の写し
- ・ 届出人（成年後見人等）と送付先が異なる場合
  - ☐ 送付先の住所が確認できるもの（送付先の名刺、パンフレットなど）
- ・ 届出人（成年後見人等）と提出者が異なる場合
  - ☐ 届出人との関係がわかるもの（提出者の社員証、名刺など）

## ■ 注意事項

- ・ この届出は、市の特定の事業に関する通知等の送付先を変更するものです。成年後見人等が本人（成年被後見人等）に関する全ての手続きを代理できるものではありません。また、法令等により送付先が本人（成年被後見人等）等に限定されているものは変更できません。
- ・ 届出を行っても、年齢未到達等の理由により、届出の時点でその手続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行ってください。
- ・ 保佐、補助及び任意後見の場合は、代理行為目録の内容の範囲内で届出を行ってください。
- ・ 届出から送付先の変更が完了するまでに1週間から1か月程度かかります。変更が完了するまでの郵送物は本人（成年被後見人等）に届く場合がありますのでご了承ください。
- ・ 届出のあった送付先に通知等を送付できなかったときは、送付先の変更を中止する場合があります。
- ・ 複数後見の場合は、届出人以外の成年後見人等の同意の上、届出を行ってください。
- ・ 既に成年後見人等以外の方から送付先変更の届出がされている場合は、本届出により解除するものとします。
- ・ 今回届出のあった手続のほかに、新たに別の手続の送付先変更を希望する場合は、改めて届出を行ってください。
- ・ 成年後見人等の転居や交代など、届出内容に変更が生じる場合は、速やかに届出を行ってください。
- ・ 届出内容によっては、市の関係部署から問合せをする場合があります。

### 《問合先・提出先》

千歳市保健福祉部福祉課総務係（千歳市役所第2庁舎 2階8番窓口）

住所 〒066-8686 千歳市東雲町2丁目34番地

電話 0123-24-0292

※郵送または窓口を持参して提出してください。