

係	係長	課長補佐	課長

様式第1号（第3条関係）

成年後見制度利用者 送付先変更届（ 新規 ・ 変更 ・ 解除 ）

糸田町長 宛

届出日 年 月 日

①届出者	フリガナ		「②対象者」との関係
	氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人（ ）
	住所 連絡先	〒 —	電話 — —

②対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 —	

③変更送付先	<input type="checkbox"/> 「①」と同じ ⇒ 変更送付先は記入不要		
	フリガナ		「②対象者」との関係
	受取人 氏名		<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人（ ）
	受取先 住所	〒 —	

④適用期間	<input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 期限あり（ <input type="checkbox"/> 届出年月日 ～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日
-------	---

⑤変更・解除 の理由	<input type="checkbox"/> 施設入所等 <input type="checkbox"/> 住民票異動 <input type="checkbox"/> 対象者死亡 <input type="checkbox"/> その他（理由： ）
---------------	--

==送付先変更となる対象通知裏面を確認ください==

受付者	入力者

送付先変更となる書類等	国民健康保険	<ul style="list-style-type: none"> ● 資格に関する通知等 ● 納税通知書・納付書等 ● 健診関係
	後期高齢者医療	<ul style="list-style-type: none"> ● 資格に関する通知等 ● 納税通知書・納付書等 ● 健診関係
	障害	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体障害者手帳 ● 療育手帳 ● 精神障害者保健福祉手帳 ● 障害福祉サービス等
	医療証	<ul style="list-style-type: none"> ● 子ども医療 ● 重度障害者医療 ● ひとり親医療
	税金	<ul style="list-style-type: none"> ● 町県民税 ● 固定資産税 ● 軽自動車税
	人権推進	<ul style="list-style-type: none"> ● 相談業務等 ● 援護 ● 住宅新築資金等貸付事業
	町営住宅	<ul style="list-style-type: none"> ● 町営住宅使用料 ● 町営住宅一般業務