

近江八幡市送付先変更依頼書（登録・変更・廃止）

受付印

近江八幡市長 様
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

令和 年 月 日

下記のとおり、この届書に記載した住所、氏名等の個人情報について、関係課職員で情報を共有することおよび裏面の重要事項に同意し、郵送物等の送付先の変更を下記のとおり希望します。

①変更の場合は、変更の内容をチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 送付先住所	<input type="checkbox"/> 希望する項目の追加	<input type="checkbox"/> その他（ ）
②届出理由	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 入院・入所	<input type="checkbox"/> 住所地と居住地が違う
	<input type="checkbox"/> 書類管理が困難	<input type="checkbox"/> 後見人・保佐人・補助人の選定(証明書添付要)	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

③届出人	住所 (住民票上の住所)	〒							電話番号	-	-			
	フリガナ								生年月日	T	S	H	R	本人との関係
	氏名								年	月	日			

④窓口に来た人 <input type="checkbox"/> 届出人に同じ	住所 (住民票上の住所)	〒							電話番号	-	-			
	フリガナ								生年月日	T	S	H	R	届出人との関係
	氏名								年	月	日			

⑤本人 <input type="checkbox"/> 届出人に同じ	住所 (住民票上の住所)	〒							電話番号	-	-			
	フリガナ								生年月日	T	S	H	R	
	氏名								年	月	日			

⑥送付先 <input type="checkbox"/> 届出人に同じ	住所等	〒							電話番号		
-----------------------------------------	-----	---	--	--	--	--	--	--	------	--	--

⑦期間	<input type="checkbox"/> 期限なし（送付先住所に変更があった場合は改めて依頼）
	<input type="checkbox"/> 期限あり（ 年 月 日 ~ 年 月 日 ）

⑧成年後見人等以外の確認事項	この届出書は本人の意思に基づくものに相違ありません。 <input type="checkbox"/> 届出人 <input type="checkbox"/> 窓口に来た人 ※本人が届出の場合は確認不要
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

⑨適用書類	郵便物等の送付先の登録等を希望する項目にチェック☑を付けてください。	
国民健康保険 保険年金課	<input type="checkbox"/> 資格関係書類（保険証、限度額認定証、標準負担額減額認定証等）	<input type="checkbox"/> 福祉医療費助成に係る書類
	<input type="checkbox"/> 保険料関係書類（賦課決定通知、納付書等）	<input type="checkbox"/> 給付関係書類
	国民健康保険被保険者証番号	滋幡
後期高齢者 医療保険 保険年金課	<input type="checkbox"/> 資格関係書類（保険証、限度額認定証、標準負担額減額認定証等）	
	<input type="checkbox"/> 保険料関係書類（賦課決定通知、納付書等）	<input type="checkbox"/> 給付関係書類
	後期高齢者医療被保険者番号	
福祉医療 保険年金課	<input type="checkbox"/> 福祉医療費助成に係る書類	
介護保険課	<input type="checkbox"/> 介護保険関係書類（原則、65歳以上及び要介護・要支援認定を受けている方は☑をお願いします。）	
	介護保険被保険者番号	
障がい福祉課	<input type="checkbox"/> 障害福祉関係書類すべて	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス関係 <input type="checkbox"/> 自立支援医療関係 <input type="checkbox"/> 補装具・日生具
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）
こども家庭センター	<input type="checkbox"/> 児童手当関係	

必ずお読みいただき、すべての内容に同意のうえで届を提出してください。

【 重 要 事 項 】

- 1 窓口に来られた方（届出人）の本人確認書類を提示してください。
- 2 成年後見人による届出時の際は、登記事項証明書の写しと届出人の本人確認書類を添付してください。
- 3 書類の不備、もしくは個人情報の保護等に関し問題があると近江八幡市が判断した場合、この届出を受理できない場合があります。
- 4 届出内容を変更（追加）、廃止する場合は速やかに届け出てください。
- 5 変更後の送付先に郵便物が届かなくなった等の場合、近江八幡市の職権により変更設定を廃止する場合があります。
- 6 届出の内容によっては、担当課から連絡する場合があります。
- 7 届出された日から、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。

受付者	□保険年金課 □介護保険課 □障がい福祉課 □こども家庭センター 担当者名：											
窓口本人確認	□運転免許書 □マイナンバーカード □年金手帳 □健康保険証 □介護保険被保険者証 □その他（ ）											
成年後見人等の添付文書	□登記事項証明書の写し（発行日より三か月以内のもの） □代理行為目録の写し（補佐・補助・任意後見人の場合） □委任状（成年後見人等と窓口に来た人が異なる場合）											
保険年金課	入力	チェック	介護保険課	入力	チェック	障がい福祉課	入力	チェック	こども家庭センター	入力	チェック	

※届出人（こども家庭センターは下記のとおり届出人が限定されているので、受付に留意すること。）

こども家庭センター：本人、配偶者