

同意書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

同意者

フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人
氏名			<input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人
住所 <small>※住民票上の住所</small>	〒 ー	電話 ()	

※同意者の身分証明書写し（運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなど本人確認できるもの）を添付

私は、市が本人（被後見人等）宛に送付する通知書等の送付先を以下のとおり登録することについて同意します。

登録事項（送付先・項目）

送付先	〒 ー	電話 ()
送付先の登録を行う項目	<input type="checkbox"/> 市民税・県民税・森林環境税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 固定資産税・都市計画税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険に関する全ての通知 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療に関する全ての通知 ※送付先変更期間（ 年 月 日以降送付分 ただし、 年 月 日送付分まで） <input type="checkbox"/> 生活保護に関するすべての通知 <input type="checkbox"/> 障害福祉に関する全ての通知（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神） <input type="checkbox"/> 介護保険に関する全ての通知 <input type="checkbox"/> 老人福祉法の措置関係 <input type="checkbox"/> 検（健）診関係 <input type="checkbox"/> 予防接種関係 <input type="checkbox"/> 水道料金・下水道使用料関係 <input type="checkbox"/> 受益者負担金関係 <input type="checkbox"/> 改造資金の融資あっ旋関係	

成年後見人等への通知書等送付先登録届（新規・変更・取消）届出人

フリガナ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人
氏名			<input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人
住所 <small>※住民票上の住所</small>	〒 ー	電話 ()	

本人（被後見人等）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒 ー	電話 ()	