

送付先変更申出書の送付について（御案内）

日頃より、東京都心身障害者扶養共済制度に御理解をいただき誠にありがとうございます。

東京都では、扶養共済制度に関する通知等は加入者（年金受給中の場合は年金管理者または受給権者）の住民票上の住所地へ送付することを原則としていますが、特別な事情がある場合には、送付先変更の申出を受け付けています。

送付先変更についての「申出書」をお送りしますので、送付先変更の御希望がある場合は当センターまで御提出をお願いします。

記

<御提出いただく書類>

1 「送付先変更申出書」（同封）

- （1）申出者は、加入者（年金受給中の場合は年金管理者または受給権者）です。
- （2）東京都心身障害者扶養共済制度の送付先変更では、「送付先変更申出書」に掲げる①～④の理由により送付先を変更しています。該当する理由の御記入をお願いします。

2 添付書類

送付先を確認するため、下記の書類の住所と氏名が記載された書類1式を添付してください。

*施設入所（入院）による入所（入院）先に送付を希望する場合は、添付書類は不要です。

（1）親族宛に送付を希望する場合

①送付先となる御親族の住所、氏名が分かる書類等の写し **《全申請者必須》**

*以下の口の中にあるいずれかの書類で、住所、氏名の記載がある面またはページの写し

運転免許証、旅券（パスポート）、個人番号カード*、住民票の証明*、健康保険証**
身体障害者手帳、愛の手帳（療育手帳）、各種医療受給者証、など
*個人番号カードや住民票の証明を提出する場合は、個人番号や住民票コードの記載のないものを御提出ください。（個人番号カードは、個人番号を黒塗りしてください）。
**健康保険証を提出する場合は、記号・番号・保険者番号・被保険者番号を黒塗りしてください。

②送付先となる方と年金受取人の親族関係が分かる証明書（写し可）

《①に加えて必要》

戸籍謄本の写し等（3ヶ月以内に取得したもの）

（2）成年後見人（保佐人）宛に送付を希望する場合

登記事項証明書（写し可）

*送付先が成年後見人の事務所の場合は、事務所所在地が印刷された名刺や封筒も同封してください。

*法人が成年後見人で、担当者宛に送付を希望する場合は、社員証（写）を同封してください。

御提出いただいた書類の返却はできませんので御了承ください。

申請後に送付先変更を希望しなくなった場合は、別途「送付先変更事由消滅申出書」の提出が必要です。御提出がない限り、登録された送付先住所への送付が継続しますので御注意ください。

その他、御不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

東京都扶養共済事務センター（公益財団法人東京都福祉保健財団）
〒163-0718 東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階
電話：03-3344-8633 FAX：03-3344-8596
受付時間 9：00～12：00 13：00～17：00

送付先変更申出書

記入した日 **令和** ○年 **2**月 **20**日

東京都福祉局障害者施策推進部
共生社会推進担当課長 殿

ゼロから始まる6桁の番号

(証書番号) * * * * *

該当する申請者に○をつける

(加入者) 心身障害者・年金管理者)
(年金受給権者)

(氏名) **財団 太郎**

東京都心身障害者扶養共済
を添えて申し出ます。

成年後見人(保佐人)の場合は以下のように記入する
加入者(年金管理者・受給権者) 財団 太郎
成年後見人 東京 花子

1 送付先 (方書きやビル名がある場合は記入すること。)

〒 : * * * - * * * *
住所: **東京都新宿区西新宿 * - * - ***
フリガナ **サイタン ハナコ**
氏名: **財団 花子**
電話: * * - * * * * - * * * *

2 送付先を届出住所以外とする理由 (該当番号に丸印を付けること。)

- ① 社会福祉施設(病院)等に入所(入院)のため、入所(入院)先に送付を希望する。
- ② 社会福祉施設・病院等に入所(入院)しているため、親族宛てに送付を希望する。
- ③ 成年後見人制度により、成年後見人(保佐人)宛てに送付を希望する。
- ④ その他の場合(以下に理由を記入すること。)

[]

3 送付開始時期

令和 ○年 **3**月から **開始を希望する年月を記入する**

[留意事項]

- 1 申出者は加入者(年金受給中の場合は年金受給権者又は年金管理者)です。
- 2 送付先の変更を希望しなくなった場合は、「送付先変更事由消滅申出書」により申し出てください。
- 3 住民票を異動した場合は、「住所変更届書(第40号様式)」による届出が必要です。

送付先変更申出書

年 月 日

東京都福祉局障害者施策推進部
共生社会推進担当課長 殿

(証書番号) _____

(加入者・心身障害者・年金管理者)
(年金受給権者)

(氏 名) _____

東京都心身障害者扶養共済制度に係る通知書等の送付先を変更したいので、関係書類を添えて申し出ます。

記

1 送付先（方書きやビル名がある場合は記入すること。）

〒 :

住 所 :

フリガナ

氏 名 :

電 話 :

2 送付先を届出住所以外とする理由（該当番号に丸印を付けること。）

- ① 社会福祉施設（病院）等に入所（入院）のため、入所（入院）先に送付を希望する。
- ② 社会福祉施設・病院等に入所（入院）しているため、親族宛てに送付を希望する。
- ③ 成年後見人制度により、成年後見人（保佐人）宛てに送付を希望する。
- ④ その他の場合（以下に理由を記入すること。）

[_____]

3 送付開始時期

年 月から

[留意事項]

- 1 申出者は加入者（年金受給中の場合は年金受給権者又は年金管理者）です。
- 2 送付先の変更を希望しなくなった場合は、「送付先変更事由消滅申出書」により申し出てください。
- 3 住民票を異動した場合は、「住所変更届書（第40号様式）」による届出が必要です。