

法定代理人(成年後見人等)申出書

岡山県病院企業年金基金 御中

作成日	年 月 日
-----	-------

1. 代理・後見をしている方についてご記入ください

加入者番号 又は 受給権者番号		基礎年金番号	—			
(フリガナ) 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日
住 所	□□□□ - □□□□		(自宅)	-	-	
			(携帯)	-	-	

私は、上記の者の法定代理人(成年後見人等)です。

2. 法定代理人(成年後見人等)についてご記入ください

(フリガナ) 氏 名 (法人名)		印
住 所	□□□□ - □□□□	(固定電話) - - (携帯) - -
添付書類	1、法定代理人(成年後見人等)の本人確認書類(運転免許証のコピー等) 2、法定代理人(成年後見人等)であることを証明する以下の書類のうち、下記のア又はイのいずれか1つを提出してください。(いずれも提出日から6か月以内に発行されたもの) ア.法務局が証明する登記事項証明書 イ.後見開始の申し立てを受け、家庭裁判所が発行した「審判書の謄本」 および「審判確定証明書」 ※郵送の場合は写しで可。原本を提出いただいた場合は、確認後に郵送にてお返しいたします。	