

様式第 1 号(第 7 条関係)

成年後見制度利用支援事業助成申請書

年 月 日

燕市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、審査の際、必要な情報を関係機関において調査確認することに同意します。

成年 被後 見人	氏 名		性 別	男・女	生年 月 日	年 月 日
	住 所	電話番号 ()				
	入所施設名 施設入所者のみ記入					
成年 後 見人	氏 名		職 業			
	住 所	電話番号 ()				
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
法定後見の種類		成年後見・保佐・補助				
成年後見人等報酬決定額		(※報酬付与の審判により決定した額) 円				
報酬助成申請額		理由 円				

添付書類

- ① 審判の決定通知書の写し
- ② 家庭裁判所に提出した財産目録の写し(これに相当する書類として家庭裁判所が受理したもの)