

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 (印)
成年後見人 住所
氏名 (印)
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、収入・市税等の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	(入所期間)	年 月 日	～	年 月 日	
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)
- ③ 収支状況報告書の写し
- ④ 登記事項証明書の写し