様式第2号（第9条関係）

成年後見制度利用支援事業助成金申請書兼請求書（特例用）

（宛先）燕市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　年　　　月　　　日

　次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （成年後見人等であった者） | フリガナ |  | | | 対象者との関係 | （専門職の場合はその資格） |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | | | |
| 本来の助成対象者  （成年被後見人等で  あった者） | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 死亡日 | 年　　　月　　　日 |
| 死亡時の住所 | 〒　　　－ | | | | |
| 本来の助成対象者の  死亡時点での  生活保護受給の  有無 | | □　有　（　　　　年　　　月　　　日～）  □　無 | | | | |
| 助成申請額 | | 成年後見人等報酬　　　　　　　　　　 円（報酬付与の審判の決定額）  （審判の対象期間　　　　年　　月　　日　から　　　年　　月　　日）  ※実際の支給金額は決定通知によります | | | | |
| 振込先口座  申請者本人  名義のもの | | 金　融　機　関　名 | | 預金種別 | | 口　座　番　号 |
| 銀行  金庫　　　　　店  組合 | | □ 普 通  □ 当 座 | |  |
| フリガナ |  | | | |
| 口座の名義人 |  | | | |

注１　該当する□にレ印を記入してください。

注２　裏面「入所，入院等の状況」欄も記入してください。

【添付書類】

□　登記事項証明書又は成年後見等開始審判に係る審判書（写し）

□　報酬付与の審判の決定通知書（写し)

□　家庭裁判所に提出した財産目録（写し）、収支状況報告書の写し

□　被保護証明書の写し（生活保護受給者のみ）

□　受給者証（支援給付受給者のみ）

入所，入院等の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 要支援者（被後見人等）の現在の生活場所  □在宅  　　　□住所と同じ  　□その他（住所地以外の場合は下記に記入してください）  □施設又は医療提供施設（※） | |
| 報酬対象期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無  □　有（以下に記入してください。）　　□　無 | |
| 入所施設，医療提供施設等の名称 | 入所，入院等の期間 |
|  | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |

※入所，入院等は「燕市成年後見制度利用支援事業実施要綱」第８条別表３に掲げる以下のものに限ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 根拠法令 | 施設等名称 |
| 生活保護法 | 保護施設 |
| 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 | 障害者支援施設 |
| 老人福祉法 | 老人福祉施設 |
| 介護保険法 | 介護保険施設  特定施設 |
| 医療法 | 医療提供施設 |
|  | その他市長が認める施設 |