様式第１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

（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。なお、受給資格認定にあたり、本人（審判の対象者）及び世帯員の資産の状況等を関係機関において調査・確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （成年後見人等） | 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　　　　　（　　　　） | | | | | |
| 要支援者  （成年被後見人等） | フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | |
| 申立時  の類型 | | 後見 ・ 保佐 ・ 補助 | |
| 住所 | 〒　　　－ | | | | | |
| 生活保護  　受 給 の  有 無 | | □　有　（　　　　年　　　月　　　日～）  □　無 | | | | | |
| 助成の種類  及び  申請額 | | * 審判費用助成申請額　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| * 成年後見人等報酬額　　　　　　　　　　 円（報酬付与の審判の決定額）   ※実際の支給金額は決定通知によります | | | | | |
| 振込先口座  要支援者  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 銀行名，支店名，口座番号及び名義人の記入については再度確認をお願いいたします。

注３　後見人等報酬に係る助成申請の場合は、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）

（申立費用）□　成年後見等開始審判に要した費用の額が分かる書類（領収書等の写し）

（報酬助成）□　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 |