

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。

（成年後見人等） 申 請 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	〒 ー 電話番号 ()		
（成年被後見人等） 要 支 援 者	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	〒 ー		
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)			
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 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 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の写し
(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の写し (領収書等)
- (報酬助成) ☐ 報酬付与の審判の決定通知書の写し
☐ 収入・資産等が分かる書類の写し (生活保護未受給者のみ)
(例: 家庭裁判所に提出した財産目録及び収支状況報告書の写し、預貯金通帳の写し等)
- ☐ 被保護証明書の写し (生活保護受給者のみ)
- ☐ 受給者証の写し (支援給付受給者のみ)

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							

報酬対象期間における年間収入額	円
-----------------	---

併せて添付書類も直近 12 カ月の収入・資産等が分かる書類を提出してください。

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