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） | | | | | |
| 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　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）

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 |

収入について

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

注３　家庭裁判所からの報酬付与の審判における対象期間が12カ月以上のものについては、対象期間のうち直近の12カ月における年間収入額を記載してください。

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。

※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 |