

様式第 1 号（第 11 条関係）

成年後見制度利用支援事業助成金申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者（成年被後見人等）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、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。

成年被後見人等	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					
成年後見人等	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 類 型		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）