

井原市成年後見人等報酬助成申請書

年 月 日

井原市長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 対象者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

成年後見人等の報酬の助成を受けたいので井原市成年後見制度利用支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、審査の際、対象者、世帯員及び同居人の収入状況等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。

記

本 人	住 所	
	氏 名	
	状 況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____） （入所期間： _____ ～ _____） <input type="checkbox"/> 入院中（病院名： _____） （入院期間： _____ ～ _____）
申 請 理 由		
申請する助成額	円	
申請する期間	年 月から 年 月まで	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 報酬付与の審判書謄本の写し <input type="checkbox"/> 報酬付与の審判のため家庭裁判所に提出した後見事務報告書及びその添付資料（財産目録、金銭出納簿等）の写し <input type="checkbox"/> 現在の財産状況を証する書類（預金通帳、金銭出納簿、有価証券等の写し） <b>【代理人又は成年後見人等が申請する場合】</b> <input type="checkbox"/> 代理人又は後見人等であることを証する書類又は登記事項証明書	