

大洗町成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

年 月 日

大洗町長 様

申請者（成年後見人等）氏名

成年後見人等報酬等費用の助成を受けたいので、大洗町成年後見制度利用支援事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

この申請の決定のため、成年被後見人等に係る世帯の住民登録資料、税務資料その他必要資料について、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

記

成年被後見人等	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
	住 所	（電話番号）		
上記の成年後見人等	氏 名			
	住 所	（電話番号）		
	要支援者 との関係	☐ 後見 ☐ 後見監督	☐ 保佐 ☐ 保佐監督	☐ 補助 ☐ 補助監督
成年後見人等 報 酬 決 定 額	円			
	（対象期間 年 月 日～ 年 月 日）			
助 成 申 請 額	円			
添 付 書 類	生活保護受給の有無	☐ 有 ☐ 無		
	① 報酬付与の決定通知書の写し ② 財産目録等の写し等資産状況の判明するもの ③ 登記事項証明書 ④ その他（ ）			
	（⑤～⑦は生活保護を受給していない場合のみ添付すること） ⑤ 預金通帳の写し ⑥ 年金振込通知書の写し等収入の判明するもの ⑦ 課税証明書			