

成年後見人等報酬費用助成金交付申請書

佐々町長 様

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、申請者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。

			申請日	年 月 日
(被 後見 人等) 申請者	フリガナ		後見等 の類型	後見 ・ 保佐 ・ 補助
	氏名			
	住所	〒 ー 電話番号 ()		
(後 見人等) 代理人	フリガナ		申請者との 関係	成年後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人
	氏名			
			職業	
	住所	〒 ー 電話番号 ()		
助成対象 (該当する番号に○)		1 生活保護受給者 2 生活保護受給者に準ずる者		
申請額		円		

【添付書類】 該当する書類□にチェックをしてください

(提出必須書類)

- ☐ 報酬付与審判書謄本の写し
- ☐ 家庭裁判所に提出した後見等事務報告書の写し
- ☐ 請求書・支払金口座振替依頼書及び通帳の写し（表表紙、口座名義人のカタカナ氏名・支店名・口座番号が記載されたページ）

(生活保護受給者に準ずる者)

- ☐ 資産等申告書（別紙２）及び添付書類（預貯金通帳の写し、預金証書の写し、有価証券の写し等）