

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者 住所
氏名

成年後見制度利用支援事業助成金支給申請書

各務原市成年後見制度利用支援事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

成年被 後見人 等	住 所			
	氏 名	㊟	生年月日	年 月 日
	施設入所者の 場合施設の 名称及び 所在地			
成年後 見人等	住 所	電話番号		
	氏 名	㊟	後見等の種類	
助成金 申請額	審判請求費用	円（収入印紙代、郵便切手代、診断 書料、鑑定料）内訳書添付要		
	成年後見人 等への報酬	円（※報酬付与の審判により決定した額） ※助成開始月 年 月から		
生活保護受給の有無		☐ 有（受給開始年月日 年 月 日～） ☐ 無		
添付書類 （生活保護受給の場 合は※のみ添付して ください。）		☐ 領収書の写し及び支払証明書※（審判請求費用の助成申請の場合のみ添付） ☐ 預貯金通帳の写し ☐ 年金振込通知書の写し ☐ 報酬付与の決定通知書の写し※（成年後見人等の報酬の助成申請の場合のみ添付） ☐ 生活保護受給証明書※ ☐ その他資産及び収入の状況がわかる書類 ☐ 登記されていないことの証明書		
申 請 の 理 由				

*助成金支給（不支給）決定のため、各務原市長が成年被後見人等の税務資料を閲覧することを承諾します。

成年被後見人等 氏 名 ㊟