様式第5号(第9条関係)

年　　月　　日

大崎市長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

電話番号

大崎市成年後見制度利用支援事業助成金（成年後見人等報酬）支給申請書

　大崎市成年後見制度利用支援事業の助成金の支給を受けたいので，大崎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。

　なお，受給資格認定にあたり，本人（被後見人等）の資産の状況，市税等に関する課税の状況，生活保護受給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。

　成年被後見人等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　 |
| 電話番号 | 　 |

　成年後見人等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　 |
| 電話番号 | 　 |
| 後見等の類型 | 成年後見人・保佐人・補助人 | 職業 |  |
| 審判による報酬額 | 円　　　　　　　　　　　 |
| 審判による決定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　　　 |

　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 | 支店名 |  |
| 口座種別 | 　普通　　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

　※　添付書類　①報酬付与の審判書の写し

　　　　　　　　②家庭裁判所に提出した成年被後見人等の財産目録の写し

　　　　　　　　③その他必要な書類