

様式第10号(第9条関係)

年 月 日

大崎市長 様

申請者 住所  
氏名  
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・監督人	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  報酬付与の審判書の写し  
 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
- ※ 確認  報酬付与の審判書にある決定日から6カ月以内の申請であること