

第3号様式(報酬)

成年後見制度利用支援事業支給金申請書(後見人等報酬)

日 高 町 長 様

成年後見制度利用支援事業支給金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成の認定にあたり、申請者及び世帯員の収入状況並びに課税状況を調査・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	ふりがな			本人との関係	後見・保佐・補助
	氏名	印			
(被後見人等)申請者	住所	〒 —			
		電話番号 ()			
(後見人等)代理人	ふりがな			電話番号	— —
	氏名	印			
	住所	〒 —			
(後見人等)代理人	職業・申請者との関係	専門職 (弁護士 ・ 司法書士 ・ 社会福祉士 ・ 行政書士)			
		親族 (本人との関係:) ・ その他 ()			
申請資格 (該当する番号に○)	1 生活保護法による被保護者 (受給開始日: 年 月 日) 2 収入等の状況から生活保護受給者に準ずる者 (属する世帯の全員が住民税非課税であること。)				
申請額	円	報酬付与対象期間	年 月 日から	年 月 日まで	

※後見人等が「本人の配偶者、直経血族及び兄弟姉妹」の場合は助成を受けられません。

※申請できる期間は申請日から起算して過去2年間です。

【添付書類確認リスト】

(必須書類)

- 報酬付与審判書謄本の写し
- 報酬付与審判申立書の写し
- 施設入所期間が分かる資料

(生活保護受給者)

- 生活保護受給証明書 (町内在住者の場合を除く)

(収入等の状況から生活保護受給者に準ずる者)

- 住民税非課税証明書 (町内在住者の場合を除く)
- 住民票の写し (世帯員全員分を提出すること。) (町内在住者の場合を除く)
- 財産目録の写し