

様式第2号（第10条第1項関係）

上ノ国町成年後見制度利用支援事業助成支給申請書（審判申立費用）

令和 年 月 日

上ノ国町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電 話 番 号
対象者との関係

上ノ国町成年後見制度利用支援事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき、費用の助成について、次のように申請します。

【対象者】

住 所			
氏 名			電話番号
性 別	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日（ 歳）
対象者の状態	<input type="checkbox"/> 認知症等の高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者		
申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 資産及び収入の状況から生活保護に準じると認められる者 <input type="checkbox"/> その他町長が認める者		

【申立てに係る費用（審判費用）の支給助成】

費用内訳	<input type="checkbox"/> 申立手数料	円	<input type="checkbox"/> 郵便切手代	円
	<input type="checkbox"/> 後見登記手数料	円	<input type="checkbox"/> 診断書料	円
	<input type="checkbox"/> 鑑定料	円	<input type="checkbox"/> その他	円
費用合計				円

【振込先】

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 支所	種 目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード	1 普通預金				
				2 当座預金				
				3 その他				
フリガナ								
口座名義人								

添付書類

1. 家庭裁判所に提出した「診断書」「後見予算表」「財産目録」の写し
2. 審判書謄本の写し
3. 審判申立費用のわかる書類
4. その他