

様式第3号（第10条第2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（報酬費用）

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2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）
申請理由	1. 生活保護受給者 2. 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 3. その他町長が認める者		

【成年後見人等報酬助成】

成年後見人等	住 所		
	氏 名		電話番号
後見類型	<input type="checkbox"/> 後見 ・ <input type="checkbox"/> 保佐 ・ <input type="checkbox"/> 補助		
報酬開始年月日	年 月 日	後見人等報酬付与の審判の決定額	月額 円 ※家庭裁判所が決定した報酬額

【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「後見予算表」「財産目録」の写し
2. 報酬付与の審判決定書の写し