

早 島 町 長 殿

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号()

早島町成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

次のとおり成年後見人等報酬について助成金の交付を受けたいので、早島町成年後見制度利用支援事業実施要綱第4条の規定により申請します。なお、交付の決定に必要な情報を調査確認することに同意します。

(被後見人等) 対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住所			
	現在の居所	在宅 ・ 施設等（施設名： ）		
	後見等類型	後見 ・ 保佐 ・ 補助		
助成金の申請額		円 ※報酬付与の審判により決定した額		
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日～） <input type="checkbox"/> 無		
添 付 書 類		<input type="checkbox"/> 成年後見等報酬付与の審判の決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 財産目録の写し（家庭裁判所提出分） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類 【生活保護未受給者は下記も添付】 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の所得証明書 <input type="checkbox"/> 世帯員全員の預貯金通帳その他の預貯金の総額が分かる書面の写し <input type="checkbox"/> 世帯員全員の年金振込通知書の写し <input type="checkbox"/> その他の収入・資産の額が分かる資料		
申 請 の 理 由				
振 込 先	金融機関名	（ ）銀行・農協・信用金庫（ ）店		
	<input type="checkbox"/> 座 番 号	普通 ・ 当座 （ ）		
	<input type="checkbox"/> 座 名 義 (フリガナ)			

*裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください

入所、入院等の状況

報酬付与審判の対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所、入院などの有無 <input type="checkbox"/> 有 (以下に記入) <input type="checkbox"/> 無	
入所施設、医療提供施設等の名称	入所、入院等の期間
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日