

様式第5号（第15条関係）

成年後見人等報酬助成申請書

年 月 日

天草市長 様

成年後見人等に対する報酬の助成について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、決定に当たり、成年被後見人、被保佐人又は被補助人の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

記

成年被後見人 被保佐人 被補助人	個人番号										
	住所										
	氏名							性別	男・女		
	生年月日	年 月 日			年齢	歳					
	電話番号										
成年後見人 保佐人 補助人	住所（所在地）										
	氏名（名称）										
	電話番号										
報酬助成申請 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日										
	生活の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等入所（施設名 入所期間 年 月 日 ~ 年 月 日）									
生活保護受給 の有無	<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から受給 <input type="checkbox"/> 無										
	<input type="checkbox"/> 財産目録の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）										
口座 振込 先	<input type="checkbox"/> 前回と同じ <input type="checkbox"/> 新規申請又は振込先の変更（以下を記入ください。）										
	金融機関及び支店名										
	口座種別及び口座番号	普通	当座	口座番号							
	フリガナ										
口座名義											
備考											
※市 記入 欄	報酬付与の審判により決定した額										円
	上限額										円
	助成額										円

（備考）

1 添付書類

- (1) 報酬付与の審判に係る決定通知書の写し
- (2) 成年被後見人等が生活保護受給者でない場合は、家庭裁判所に提出した成年被後見人等に係る財産目録の写し
- (3) 初回申請者は、登記事項証明書
- (4) その他市長が必要と認める書類

2 成年後見人等が法人の場合は、法人名及び代表者の氏名を記入してください。

3 振込先は、成年被後見人等又は成年後見人等の口座となります

