

## 様式第 1 号（第 9 条関係）

申請日 年 月 日

## 成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

（宛先）紀の川市長

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、受給資格認定にあたり、対象者及びその世帯員の課税情報等を関係機関において調査・確認することに同意します。

|                |         |                                                                                                                                                                                     |             |                  |
|----------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|
| 申請者            | ふりがな    |                                                                                                                                                                                     | 職 業         |                  |
|                | 氏 名     |                                                                                                                                                                                     |             |                  |
|                | 対象者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人<br><input type="checkbox"/> その他（                      ）          |             |                  |
|                | 住 所     | 〒                      電話番号：                                                                                                                                                        |             |                  |
| 対象者<br>（被後見人等） | ふりがな    |                                                                                                                                                                                     | 生年月日        | 年 月 日            |
|                | 氏 名     |                                                                                                                                                                                     |             | （ 歳）             |
|                | 住 所     | 〒                      電話番号：                                                                                                                                                        |             |                  |
| 後見人等又は<br>監督人  | ふりがな    |                                                                                                                                                                                     | 職 業         |                  |
|                | 氏 名     |                                                                                                                                                                                     |             |                  |
|                | 選任種別    | <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 後見監督人 <input type="checkbox"/> 保佐監督人 <input type="checkbox"/> 補助監督人 |             |                  |
|                | 住 所     | 〒                      電話番号：                                                                                                                                                        |             |                  |
| 申請額            | 円       |                                                                                                                                                                                     | 報酬対象<br>期 間 | 年 月 日 ～<br>年 月 日 |
| 特記<br>事項       |         |                                                                                                                                                                                     |             |                  |

## 【添付書類】

- ☐報酬付与審判書謄本の写し  
☐報酬付与審判申立書（家庭裁判所に提出した全ての添付資料を含む。）の写し  
☐預金通帳等の写し（報酬対象期間以降、申請日までに出入金履歴の記載がある場合）  
☐登記事項証明書の写し（代理権が付与された後見人等が申請する場合）  
☐生活保護受給者である場合は、生活保護受給証明書の写し  
☐中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定する支援給付を受けている者である場合は、本人確認証の写し  
☐その他市長が必要と認める書類