

美咲町成年後見制度利用支援事業助成申請書

年 月 日

美咲町長

様

申請者 (後見人等)

〒 -

住所

氏名

㊤

電話番号

美咲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、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、交付決定の審査に必要な課税情報等を調査確認することに同意します。

被後見人等	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日生
	住所	〒 - 電話番号 ( )		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等 施設(病院)名 : <input type="checkbox"/> 死亡		
	申請資格	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び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よる支援受給 <input type="checkbox"/> 資産等の基準を満たす者		
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 利用なし(理由: )		
	後見等の類型	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助		
助成対象期間	報酬付与対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日 うち、施設等入所(入院)期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
申請額	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与審判書謄本の写し <input type="checkbox"/> 家庭裁判所に提出した後見等事務報告書、財産目録、収支予定表の写し <input type="checkbox"/> 後見人等の登記事項証明書の写し			