

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

大野城市長 様

報酬助成申請書

大野城市成年後見制度利用支援事業実施要綱第7条の規定に基づき、成年後見制度に係る後見人等の報酬助成を申請します。

申請者 (被後見人等)	フリガナ 氏名	-----		
	性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	〒 - - 電話番号 (- -)		
	後見等の類型	後見・後見監督・保佐・保佐監督・補助・補助監督		
	生活保護受給	有・無	受給開始年月日	年 月 日
代理人 (後見人等)	フリガナ 氏名	-----		
	住所	〒 - - 電話番号 (- -)		
	職業	専門職 [弁護士・司法書士・社会福祉士・行政書士 ・その他 ()]		
助成対象期間		年 月 日から 年 月 日		注1)
申請理由				

※後見人等が、「本人の配偶者、直系血族及び兄弟姉妹」の場合は助成を受けられません。

注1) 助成対象期間は、申請日が属する年度（4月1日から翌年3月31日）の前年度とします。

ただし、被後見人等の死亡した後に申請を行う場合には、死亡日が属する年度と前年度を対象とします。

〔添付書類〕

- | | |
|----------------------------------|----|
| (1) 報酬付与の申立書の謄本の写し（家庭裁判所に提出する前） | 1通 |
| (2) 被後見人等に係る財産目録の写し（家庭裁判所に提出する前） | 1通 |
| (3) 資産、収入が分かる書類 | 1式 |
| (4) 登記事項証明書（発行から3ヶ月以内のもの） | 1通 |

※登記事項証明書を提出できない場合は、後見人等を証明する書類