

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6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。

(被後見人等) 申請者	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 ・ 保佐 ・ 補助		
生活保護受給	有・無	受給開始年月日	年 月 日	
(後見人等) 代理人	フリガナ			
	氏名	印		
	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