

成年後見人等報酬費用助成申請書 障

八王子市長 殿

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、成年被後見人等の収入の状況等を関係機関において調査・確認することに同意します。

		申請日	年 月 日	
申請者	ふりがな	成年被後見人等との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 成年後見人
	氏 名		<input type="checkbox"/> 保佐人	<input type="checkbox"/> 補助人
	住 所	()		
	職 種 等	電話番号(- -)		
		<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 行政書士 <input type="checkbox"/> 市民後見人 <input type="checkbox"/> 法人後見人(法人名) <input type="checkbox"/> その他()		
成年被後見人等	ふりがな	選任状況	<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 成年後見監督人
	氏 名		<input type="checkbox"/> 補助人	<input type="checkbox"/> 補助監督人
	生年月日		<input type="checkbox"/> 保佐人	<input type="checkbox"/> 保佐監督人
	住 所	電話番号(- -)		
	状 況	生計を一にする者(<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)		<input type="checkbox"/> 施設入所中の場合のみ以下を記入 施設名:
備考(法人後見を受けている又は後見人等が複数選任されている等、補足状況がある場合は記載願います。)		()		
助成が必要な理由				
助成申請内容		助成申請額 円		
		報酬付与対象期間 年 月 日～ 年 月 日(か月)		
報告時点における被後見人等の資産状況及び年間収支予定	資産合計額	[内訳]	円	
	負債合計額	[内訳]	円	
	年間収入予定額	[内訳]	円	
	年間支出予定額	[内訳]	円	
添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与審判書謄本の写し又は報酬付与審判申立書の写し <input type="checkbox"/> 住民票(写し) <input type="checkbox"/> 上記資産及び収支状況を証する資料 <input type="checkbox"/> 財産目録(写し) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 登記事項証明書			

※ 助成額は、審判が確定した報酬額と、助成対象月数(当該報酬額の対象となる期間の初日の属する月から末日が属する月までの月数をいい、12月を上限とする。)に2万円を乗じて得た額を比較して、いずれか少ない方の額とする。

※ 生計を一にする者がいる場合は、助成を必要とする状況の証明が必要。