

文 書 番 号
年 月 日

様

八王子市長 印

成年後見人等報酬費用助成決定(却下)通知書

年 月 日付で申請のありました、標記の助成金について、下記のとおりとすることに決定しましたので、八王子市障害者等に係る成年後見制度利用支援事業実施要綱第10条の規定により通知します。

決 定 内 容	<input type="checkbox"/> 以下のとおり成年後見人等報酬費用を助成します。 <input type="checkbox"/> 助成申請を却下します。 (理由: _____)		
成年後見人等報酬 助 成 金 額	助成対象期間 : _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月		
	助成金額は、報酬付与審判後に決定し、その上限金額は次のとおりとします。 (上限金額) _____ 円		
成年被後見人等氏名		生 年 月 日	年 月 日
成年被後見人等住所	〒 _____ - _____		
備 考			

交付条件

- 1 成年被後見人等又は成年後見人等は、成年被後見人等の資産状況及び生活状況に変化があったときは、速やかに市長に報告してください。
- 2 偽りその他不正の手段により助成金を受けた場合や、決定内容以外の目的で助成金を使用した場合には、助成金の全額又は一部の返還を求めることがあります。