

久留米市長 あて

成年後見制度利用支援事業後見人等報酬補助金交付申請書

久留米市成年後見制度利用支援事業について、補助金の交付を受けたいので、久留米市成年後見制度利用支援事業後見人等報酬補助金交付要綱を承知のうえ、同要綱第7条第2項の規定に基づき関係書類を添えて下記のとおり申請します。

成年被後見人等	フリガナ 氏名		生年月日	
	住民票上の住所	〒 ー 電話 ( )		
成年後見人等	フリガナ 氏名		後見等の 類型	後見・保佐・補助
	住所	〒 ー 電話 ( )		
	関係	弁護士・司法書士・社会福祉士・その他 ( )		
申立人	本人 親族 ( ) 久留米市長 久留米市長以外の首長 ( 市町村)			
審判決定 報酬額	円	報酬付与 対象期間	年 月 日 ～	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与審判決定の写し※ <input type="checkbox"/> 財産目録の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し※ <input type="checkbox"/> 定期収支表の写し <input type="checkbox"/> 代理権目録の写し (保佐、補助の場合のみ) <input type="checkbox"/> 成年被後見人等の生活保護受給を証明するものの写し※ <input type="checkbox"/> 最終事務日が確認できる書類 (報酬付与対象期間が終了の日とされている場合のみ) <input type="checkbox"/> 成年後見人等の権限を確認できる書類※ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>※：申請時に原本の確認が必要な書類</b>			
申請資格	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 報酬を負担することで生活保護の対象となる者			
報酬付与対象 期間の生活実態	<input type="checkbox"/> 施設入所期間 施設名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日 施設名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院期間 病院名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日 病院名 ( ) 年 月 日～ 年 月 日			
他の助成制度の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容： )			
※市確認欄	<input type="checkbox"/> 添付書類の原本の確認 <input type="checkbox"/> 施設区分の確認 <input type="checkbox"/> 通帳の写しの期間の確認 <input type="checkbox"/> 審判日から1年以内の申請 <input type="checkbox"/> 行政手続きに関する代理権 (保佐・補助のみ) <input type="checkbox"/> 後見活動終了の日 ( 年 月 日)			