

関市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号
FAX番号

関市成年後見人等報酬支援金交付申請書

成年後見人等の報酬に対する支援金の交付を受けたいので、関市成年後見制度利用支援事業実施要綱第5条第3項の規定により、次のとおり関係書類を添付して申請します。

なお、申請に当たり成年被後見人等の収入の状況その他の審査に必要な事項について、職員が調査、照会等を行うことに同意します。

成年被後見人等	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 ー
	生年月日	
成年後見人等	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 ー 電話番号 ()
申請の内容	<input type="checkbox"/> 成年後見人に対する報酬の支援 <input type="checkbox"/> 保佐人に対する報酬の支援 <input type="checkbox"/> 補助人に対する報酬の支援	
申請額	円	
申請対象報酬付与期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

月 日～ 月 日（そのうち 在宅 月 日～ 月 日）の後見業務について終了しました。

氏名 _____ 印

※添付書類

- ・成年後見人等に対する報酬付与申立書及びその添付書類の写し
- ・報酬付与の審判断定書の写し
- ・その他市長が必要と認める書類