

第1号様式（第7条関係）

稲城市高齢者成年後見人等報酬助成申請書

年 月 日

稲城市長 殿

(申請者) 住所
氏名
連絡先

稲城市高齢者成年後見制度利用支援事業実施要綱第7条に基づき、次のとおり成年後見人等に係る報酬助成金を申請します。

この申請の審査に関し、必要な課税資料及び個人情報を開覧することに同意します。

後見等の区分	1. 後見	2. 保佐	3. 補助
助成対象者	フリガナ 氏 名	生 年 月 日 年 月 日	
	住 所 (住民票所在地)		
	居 所 (住所と異なる場合)		
	申立人	1. 稲城市長 2. 稲城市以外の自治体の長 3. その他	
報酬を付与するとされた後見人等	フリガナ 氏 名		
	住 所		
	連絡先		
報酬付与審判日	年 月 日		
助成対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
報 酬 額	円		
助成金申請額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与の審判決定書の写し <input type="checkbox"/> 成年後見人等に係る登記事項証明書の写し <input type="checkbox"/> 財産目録とその他申請者世帯の資産収入等の状況がわかる書類 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している場合は、生活保護受給者証の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		

