

大田市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

成年後見制度利用支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり大田市成年後見制度利用支援事業助成金交付要綱第5条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 報酬付与審判の状況

被後見人等	類 型	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	
	住 所	(入所・入院先 )	
	氏 名		
	連 絡 先		
	助成対象期間の 入院・入所の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入所施設の名称・所在地	期間
医療機関等名称・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日
後見人等	種 別	<input type="checkbox"/> 後見人等 <input type="checkbox"/> 後見監督人等	
	住 所		
	氏 名		
	連 絡 先		
報酬審判	審 判 日	年 月 日	
	対 象 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	審 判 額	円	

2 助成金交付申請額 円

(内訳)

対象月	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目
居住 形態	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設

3 対象期間にかかる他の制度による助成金の受給 無 有 ( )

4 添付書類

- (1) 報酬付与の審判書の写し
- (2) 報酬付与の対象になった期間にかかる家庭裁判所に提出した報告書の写し
- (3) 登記事項証明書の写し
- (4) 居住形態がわかる書類
- (5) その他 ( )