第１号様式(第７条関係)

成年後見人等の報酬助成金支給申請書

年　　月　　日

（あて先）長崎市長

長崎市成年後見制度利用支援事業実施要綱第７条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、本申請における決定に当たり、本人（成年被後見人等）の住民税の課税状況について確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | ㊞ |
| 本人（成年後見被後見人等）との関係（右記から選択） | 　□本人（成年後見被後見人等）　□後見人　　　□保佐人　 □補助人　　　※保佐・補助人は代理権を付与された者に限る |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人（成年後見被後見人等）１ | 　□住所・氏名は申請者と同じ |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 成年後見人等 | 職　　　種 | 　□弁護士　　　□司法書士　　　□社会福祉士　□行政書士　　□市民後見人　　□その他（　　　） |
| 　□住所・氏名は申請者と同じ |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 申請の理由 |  |
| 報酬対象期間中の本人（成年後見被後見人等）の居所 | 　□自宅　　　□施設　　　□病院　　　□その他（　　　　　）　（施設・病院等名称　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　期間：　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日報酬対象期間内に上記以外に居所があった場合　□自宅　　　□施設　　　□病院　　　□その他（　　　　　）　（施設・病院等名称　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　期間：　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 本人（成年後見被後見人等）より充当された報酬の有無 | 　□無　　　□有（後見等終了時等の充当）（被後見人等の財産から充当された金額　：　　　　　　　　　　　　円） |
| 報酬助成申請額 | 円（ただし、　年　　月から　　年　　月分） |
| 障害手帳の有無 | 　□知的障害　　　□精神障害　　　□なし |
| 添付書類 | (１)財産目録等の写し等資産状況の判明するもの(２)報酬付与の審判決定書の写し(３)その他市長が必要と認める書類 |