

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ⑨                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 本人（成年後見被後見人等）との関係<br>（右記から選択）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 本人（成年後見被後見人等） <input type="checkbox"/> 後見人<br><input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人<br>※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）             | <input type="checkbox"/> 住所・氏名は申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 成年後見人等                    | 職種                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士<br><input type="checkbox"/> 行政書士 <input type="checkbox"/> 市民後見人 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>（施設・病院等名称： ）<br>期間： 年 月 日 ～ 年 月 日<br><br>報酬対象期間内に上記以外に居所があった場合<br><input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>（施設・病院等名称： ）<br>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 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（後見等終了時等の充当）<br>（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                   | <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 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<br>(2)報酬付与の審判決定書の写し<br>(3)その他市長が必要と認める書類                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |