

(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)	<input type="checkbox"/> 本人(成年後見被後見人等) <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 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)	<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 <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() (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 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<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 (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	