

成年後見人等の報酬助成金支給申請書

年 月 日

(あて先

次のいずれかの者が申請することができます。

長崎市

①本人 ②後見人

なお、

③代理権を付与された保佐人・補助人

規定に基づき、次のとおり申請します。

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 | (申請者住所) | |
| | 氏名 | (申請者住所) | |
| | 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 checked="" 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 | |
| | 個人番号 | 個人番号の記載は不要です | |
| 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 | (被後見人等住所) | |
| | 氏名 | (被後見人等住所) | |
| 成年後見人等 | 職種 | <input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 住所・氏名は申請者と同じ | | |
| | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 申請の理由 | 被後見人は生活保護受給者(非課税世帯)であり、家庭裁判所が報酬の付与を決定した金額を支払う資力がいないため。 | | |
| 報酬対象期間中の本人(成年後見被後見人等)の居所 | <input checked="" 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: 令和7年 4月 1日 ~ 令和7年 6月 15日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他() (施設・病院等名称 : グループホーム〇〇) 期間: 令和7年 6月 16日 ~ 令和8年 3月 15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 checked="" 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 : 40,000 円) | | |
| 報酬助成申請額 | 240,000 円(ただし、令和7年 4月から 令和8年 3月分) | | |
| 障害手帳の有無 | <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input checked="" 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 | | |

申請者と本人(成年後見被後見人等)との関係に該当するものに✓を入れてください。

対象期間中に居所の移動等があった場合はこちらもご記入ください。