

成年後見制度利用支援事業助成金申請書（特例用）

（あて先）新潟市長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成申請者 （成年後見人等 であった者）	氏名	申請者との関係 （後見等の類型）	就職の日 （審判確定日）	年 月 日								
			後見等開始の審判の 申立人（続柄等）									
			専門職の場合、その資格 （ ）									
本来の助成対象者 （成年被後見人等 であった者）	氏名	生年月日	年 月 日									
	死亡した日	年 月 日										
本来の対象者の 死亡時点での 生活保護受給 の有無等	死亡時の住所（居所）	〒										
	死亡時の住民票上の住所	〒										
住所 〒	電話番号（ ）											
本来の対象者の 死亡時点での 生活保護受給 の有無等	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日～） <input type="checkbox"/> 無 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">世帯員数</td> <td style="padding: 0 10px;">名</td> <td style="padding: 0 10px;">年間世帯収入額</td> <td style="padding: 0 10px;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="padding: 0 10px;">円</td> </tr> </table>				世帯員数	名	年間世帯収入額	円				円
世帯員数	名	年間世帯収入額	円									
			円									
助成申請額	成年後見人等報酬 円（※報酬付与の審判の決定額） [審判の対象期間 年 月 日～ 年 月 日]											
振込先口座 （助成申請者 本人名義の もの）	金融機関名	預金種別	口座番号									
	銀行 金庫 組合	店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座									
	フリガナ											
	口座の名義人											

- 注1 該当する□にレ印を記入してください。  
 2 銀行名、支店名、口座番号及び名義人の記入については再度確認をお願いいたします。  
 3 裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください。

<添付書類>

- ① 後見登記等にかかる登記事項証明書又は審判確定証明書（写し）
- ② 報酬付与の審判の決定通知書（写し）
- ③ （生活保護未受給者のみ）収入・資産等申告書（事務取扱要領別記様式）

※預貯金通帳の写し、年金振込通知書の写し、その他の収入・資産の額が分かる資料を添付

入所，入院等の状況

審判の対象期間（再掲）	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設，医療提供施設等の名称	入所，入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

\*入所，入院等は「新潟市成年後見制度利用支援事業に関する事務取扱要領」第3条に掲げる以下のものに限ります。

- |   |
|---|
| (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）にいう保護施設<br>(2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）にいう障害者支援施設<br>(3) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）にいう老人福祉施設<br>(4) 介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護保険施設<br>(5) 医療法（昭和23年法律第205号）にいう医療提供施設<br>(6) 前各号の類似施設 |
|---|