

年 月 日

一関市長 様

申請者 (成年被後見人等・成年後見人等)  
氏名 ⑩

成年後見制度利用支援事業報酬助成金交付申請書

成年後見人等に支払うべき報酬について助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、助成の決定に必要な場合、成年被後見人等の収入、資産の状況、施設等の利用状況について、市が関係機関等への調査を行うことに同意します。

成年被後見人等	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所			電話番号	
	施設等の利用状況	利用あり	利用なし	施設等の名称	
	類型	後見 ・ 保佐 ・ 補助			
状況	認知症	無・有 ※要介護度 ( )			
	療育手帳	無・有 ※程度 (A・B)			
	精神保健福祉手帳	無・有 ※等級 (1・2・3)			
	生活保護受給	無・有			
成年後見人等	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所			電話番号	
申請理由					
交付申請額		円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合		支店名	店
	口座種別	普通・当座・その他 ( )		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義				