

様式第3号（第7条関係）

朝霞市成年後見人等報酬助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝霞市長

申請者 氏名 _____
 (成年後見人等) 住所 _____
 電話 _____
 職種 弁護士 司法書士 社会福祉士
 その他 ()

成年後見人等に対する報酬助成金について、朝霞市成年後見制度利用支援事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

助成対象者 (成年被後見人等)	フリガナ 氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	市民税課税状況(世帯)	課税・非課税
	預貯金額	合計額: _____ 円 <input type="checkbox"/> 現住家屋等日常生活に必要な資産以外の資産を有していないことを誓約します。
	生活保護	有(実施機関: _____ 市)・無
	介護保険サービス	有(保険者: _____ 市)・無
	障害福祉サービス	有(実施主体: _____ 市)・無
	申立区分	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者
申立者	<input type="checkbox"/> 市長 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 本人	
報酬付与の審判	報酬付与審判確定日	年 月 日
	報酬決定額	_____ 円
	報酬付与対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日
報酬助成金申請額		_____ 円

【対象期間における入所・入院等の状況】

入所施設・医療提供施設名称	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
	年 月 日 ～ 年 月 日

●振込先金融機関名●

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※振込先金融機関は、助成対象者（成年被後見人、被保佐人、被補助人）名義の口座のみ指定できます。なお、助成対象者死亡時は、成年後見人等名義の口座を指定できます。

※助成の交付を受けようとする場合は、審判が確定した日の翌日から起算して90日以内に、本申請書及び添付書類を市長に提出してください。

※「別紙2」に掲げる書類のうち、必要な書類を添付してください。

【個人情報の確認に関する本人の同意】

助成要件を審査するに当たり、以下の個人情報に関して、関係機関に確認することに同意します。

・世帯の住民基本台帳情報、所得情報、生活保護情報及び市民税等の課税情報、年金情報、介護保険情報及び障害者に係る情報、他自治体等における同種の助成金の助成状況、金融資産等

年 月 日

成年被後見人等氏名 _____

成年被後見人等と同一世帯の方 _____ (続柄)

_____ (続柄)