

様式第6号

所沢市成年後見人等報酬助成金交付申請書

令和〇年〇月〇日

(宛先)所沢市長

住 所 **埼玉県所沢市並木1-2-3**
申請者 氏 名 **所沢 太郎**
電話番号 **04-0000-0000**
成年後見人等氏名 **成年 後見**

成年後見人等の報酬助成金について、所沢市成年後見制度利用支援事業実施要綱第14条第1項の規定により、成年後見人等の報酬助成金について、次のとおり申請します。

この申請の審査に当たり、必要な場合は私に関する課税台帳等を閲覧することに同意します。

| | | | | |
|----------|-------------------------------|----------------------|------|----------------------|
| 成年被後見人等 | 住 所 | 埼玉県所沢市並木1-2-3 | | |
| | 氏 名 | 所沢 太郎 | 電話番号 | 04-0000-0000 |
| | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| 成年後見人等 | 住 所 | 埼玉県川越市××〇-〇 | | |
| | 氏 名 | 成年 後見 | 電話番号 | 080-××××-×××× |
| 報酬助成金申請額 | <u>△△△△</u>円 | | | |
| 添 付 書 類 | ・財産状況が分かる書類 ・報酬付与の審判定定書の写し | | | |