

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

申請期限は報酬付与の審判日から2か月以内です。

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。

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		
	扶養等の状況	<input type="checkbox"/> 親族等から扶養されている又は金銭的な支援を受けられる状況にある。 <input checked="" type="checkbox"/> 親族等から扶養されていない又は金銭的な支援を受けられない状況にない。		
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	△△△△円			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 後見等開始の審判謄本の写し			

	<ul style="list-style-type: none"> ■報酬付与の審判謄本の写し ■公的年金等の源泉徴収票の写し等収入が確認できる書類 ■財産目録等の写し等資産状況が確認できる書類 ■本人の代理人として成年後見人等が申請する場合には、登記事項証明書 ■本人の生活保護受給証明書又は非課税証明書 <input type="checkbox"/>その他市長が必要と認める書類
同 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ■この申請の審査に当たり、必要な場合は成年被後見人等に関する課税台帳等を閲覧することに同意します。 ■本申請内容について偽りその他不正な手段であることが判明した場合は、所沢市成年後見制度利用支援事業実施要綱第17条の規定により、報酬助成金の返還に対応することに同意します。