

様式第 1 号（第 4 条関係）

成年後見制度利用支援事業助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）村 上 市 長

次のとおり、成年後見制度利用支援事業による助成の申請をします。

申請者	対象者	氏名		生年月日	年 月 日
		住所	〒 電話番号 ()		
	代理人	氏名		対象者との関係	
		住所	〒 電話番号 ()		
生活保護受給の有無		☐ 有 (年 月 日～) ☐ 無			
助成申請額		※報酬付与の審判の決定額 円			
振込先口座 〔対象者本人 名義のもの〕		金融機関名		預金種別	口座番号
		銀行 金庫 組合 農協		店 出張所	☐ 普通 ☐ 当座
		フリガナ			
		口座の名義人			

添付書類

- ① 報酬付与の審判の決定通知書の写し
- ② 家庭裁判所に提出した財産目録の写し（これに相当する書類として家庭裁判所が受理したもの）

同 意 書

成年後見制度利用支援事業の認定のため、住民基本台帳及び収入状況等の調査について
同意します。

年 月 日

(宛先) 村 上 市 長

対象者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

対象者の同居家族

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)