

東久留米市成年後見人等報酬助成金交付申請書

東久留米市長 殿

申請者 住 所  
氏 名

東久留米市成年後見人等報酬助成事業実施要綱第4の規定により、下記のとおり申請します。

記

成年被後見人等	氏 名	(生年月日)
	住 所	
	現在の居所 (該当する番号に○)	1 自 宅 2 施設入所 (入所日： 年 月 日) (施設名： ) 3 入 院 (入院日： 年 月 日) (病院名： )
成年後見人等	氏 名	(連絡先)
	住 所	
	成年被後見人等 との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 監督人 (後見・保佐・補助)
	職 種 (該当する番号に○)	1. 専門職 (職種： ) 2. 市民後見人 3. 親 族 (続柄： ) 4. その他 ( )
申請額		円
家庭裁判所が 決定した報酬額	( 年 月分 ～ 年 月分)	円

添付書類

- 報酬付与の審判書謄本の写し
- 成年被後見人等の市町村民税非課税証明書又は生活保護受給証明書
- 成年後見人等が報酬付与の申立て時に家庭裁判所へ提出した財産目録等の写し
- 登記事項証明書の写し
- 成年被後見人等の名義の預貯金通帳の写し (死亡時のみ)