

成年後見制度利用支援事業助成申請書

年 月 日

生 駒 市 長 殿

申 請 者 住 所
氏 名
電 話 番 号

次のとおり、成年後見制度利用支援事業に係る助成を受けたいので、生駒市障がい者に係る成年後見制度利用支援事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、生駒市職員が申立人、成年被後見人等及び成年被後見人等と生計を一にする者の収入・資産状況等必要な情報を、関係機関において調査確認することについては、各々から同意を得ています。

成年被後見人等	氏名(フリガナ)	生年月日
		年 月 日 年齢()
	住所(フリガナ) (〒 -)	電話番号()
成年後見人等	氏名(フリガナ)	
	住所(フリガナ) (〒 -)	
		電話番号()
申 請 内 容	<input type="checkbox"/> 郵便切手 円 <input type="checkbox"/> 申立手数料・登記手数料(収入印紙代) 円 <input type="checkbox"/> 診断書料 円 <input type="checkbox"/> 鑑定費用 円 <input type="checkbox"/> その他費用 円	
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等報酬費用 円	
対象要件該当項目	該当する項目いずれかにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税かつ申立費用・報酬費用を負担することが困難な資産状況である者	
対象要件確認事項	<input type="checkbox"/> 成年後見人等が成年被後見人等と配偶者又は4親等以内の親族ではない <input type="checkbox"/> 成年被後見人等は他市区町村の介護保険の被保険者又は他市区町村から介護給付費用等の支給決定若しくは生活保護を受けている者ではない	