

年 月 日

岩見沢市長

申請者 住所
氏名

成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

岩見沢市成年後見制度利用支援事業実施要綱第 1 2 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。

なお、市長が助成の可否を決定するにあたり、公簿等により所得状況等の事項について確認することに同意いたします。

成年被後見人等	住 所							
	氏 名		生年月日	年 月 日				
	施設入所者の場合施設の名称及び所在地							
成年後見人等	住 所							
	氏 名		後見等の種類					
助成金申請額	審判請求費用	円						
	成年後見人等への報酬	円（※報酬付与の審判により決定した額） 助成開始月 年 月から 年 月						
生活保護受給の有無		☐ 有（受給開始年月日 年 月 日～） ☐ 無						
申請理由 （該当する番号を○で囲んでください。）		1 生活保護受給者 2 審判請求に要する費用等を負担することで生活保護法に定める要保護者となる者 3 その他市長が認める者						
振込先	銀行名	銀行・金庫 組合・農協			本店・支店 本所・支所			
	口座番号	(普通・当座)						
	口座名義	(フリガナ)						