

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者
 住 所
 氏 名
 電 話 ()
 代理人（申請者の成年後見人等）
 住 所
 氏 名
 電 話 ()
 申請者との関係

成年後見人等報酬助成申請書

成年後見人等に支払われることとされた報酬につき助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

後見等の区分	1 後見	2 保佐	3 補助
成年後見人等	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	
成年被後見人等 （本人）	フリガナ		
	氏 名		
	生活区分	1 在 宅 (年 月～ 年 月) 2 施設等入所 (年 月～ 年 月)	
申請理由	本人の属する世帯の状況 1. 生活保護法による保護の基準から算出した生活保護基準額（各種加算を含む。）に成年後見人等報酬金額を加え、その合計金額が当該世帯の収入を超える。 2. 収入、預貯金及び換金可能な資産から成年後見人等報酬金額を支払うことにより、世帯の生計を維持することが困難になる。 3. 生活保護法に定める被保護世帯である。		
報酬付与の審判により家庭裁判所が決定した報酬額	円		
報酬決定期間	年 月 ～ 年 月		
添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与の審判書謄本の写し <input type="checkbox"/> 登記事項証明書の写し <input type="checkbox"/> 本人の属する世帯員の収入・資産状況を確認できる書類 <input type="checkbox"/> その他必要な書類		