

年 月 日

（宛先）白井市長

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

成年後見制度申立費用助成申請書

後見開始等審判請求に伴う費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者 (申立人)	フリガナ		成年被後見人 等との関係	本人・配偶者・親・子・ その他 ()
	氏 名			
成年被 後見人等 (本 人)	フリガナ			
	氏 名			
	住 所	〒		
申請理由	申立人の状況			
	1. 活用できる収入、預貯金及び即時に換金可能な資産が乏しく、申立費用の助成を受けなければ、本人の成年後見制度の利用が困難な状況にある。 2. 生活保護法に定める被保護者である。			
申請額	本人の属する世帯の状況			
	1. 審判請求に要する費用を負担可能な収入、預貯金及び即時に換金可能な資産を有していない。 2. 生活保護法に定める被保護世帯である。			
申請額	(後見開始等審判請求に必要な手数料、登記印紙代、鑑定料、診断書作成費用等)			
添付書類	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 審判書謄本の写し <input type="checkbox"/> 後見等の審判が確定したことの分かる書類 <input type="checkbox"/> 審判請求に要した費用の証拠書類 <input type="checkbox"/> 申立人の収入・資産状況を確認できる書類 <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			