第４号様式（第９条第１項）

成年後見人等報酬費用扶助申請書

年　　月　　日

（あて先）酒々井町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

後見人等に対する報酬費用の扶助を受けたいので、酒々井町成年後見制度に係る審判請求手続等に関する要綱第９条第1項の規定により、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 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 電話番号 | | | | |
| 成年後見人等 | | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 | 電話番号 | | | | |
| 生活保護受給の有無等 | □　有　（　　　年　　月　　日から受給）  □　無  　　　　　□　預貯金通帳の写し　□　年金振込通知書の写し  　　　　　□　その他の収入  　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 後見等の内容（○で囲む） | | | 後見　　・　　保佐　　・　　補助 | | |
| 成年後見人等報酬決定額 | | |  | | |
| 決定期間  （○印） | |  | 月額 | | |
|  | 期間　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで分 | | |

添付書類　　　報酬付与の審判書の写し

　　　　　　　収入、資産等の分かる書類（生活保護未受給者のみ）