

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	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日から受給） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳の写し <input type="checkbox"/> 年金振込通知書の写し <input type="checkbox"/> 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）