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）