

大台町成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

年 月 日

大台町長 様

大台町成年後見制度利用支援事業の助成について、下記のとおり申請します。

また、対象審判請求者及び成年被後見人等は、この申請の決定に当たり、次の事項について同意します。

- 1 大台町が所得、課税状況及び生活保護の受給状況の必要な情報を関係機関等に照会し、調査し、及び取得すること。
- 2 1に関し関係機関等が大台町に対して回答し、及び報告すること。

記

申 請 者	フリガナ			成年被後見人等との関係			
	氏 名			対象審判請求者又は成年被後見人等との関係			
	住 所						
	電話番号		— —				
成年被後見人等	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所						
成年後見人等 又は 対象審判請求者	フリガナ			生年月日	年 月 日 ※成年後見人等の場合は、記載不要		
	氏 名						
	住 所						
	電話番号		— —				
助成金の種類 (該当する方にチェックしてください。)		☐ 審判費用 ☐ 成年後見人等に対する報酬 (報酬助成期間： 年 月 日～ 年 月 日)					
申 請 額		円					
申 請 資 格 (該当する番号に○を付けてください。)	対象審判請求者	1 生活保護受給者 2 1に準ずると認められる者					
	成年被後見人等	1 生活保護受給者 2 1に準ずると認められる者					
振 込 口 座		銀行		本店	普通	No.	
		信用金庫		支店	当座		
		農協		出張所			
	フリガナ						
	口座名義						