

倉敷市成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

申請者（後見人等）

〒 -

住所

氏名

印

電話番号（ ） -

倉敷市成年後見制度利用支援事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、交付の決定に必要な情報を調査確認することに同意します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	
被後見人等	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日生
	住所	〒 -
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設等 施設(病院)名： <input type="checkbox"/> 死亡 入所(入院)期間： ~
	経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 低収入かつ低資産(基準を要綱で確認のこと) <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援受給
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 2人以上の世帯
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 障がい者福祉サービス <input type="checkbox"/> 利用なし(理由：)
助成対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (そのうち 在宅 ヶ月 施設(病院) ヶ月)	
申請額	円 ※在宅の場合は月額28,000円、その他の場合は月額18,000円を上限とする。	
報酬付与の 審判日	令和 年 月 日 ※審判日から1年以内に申請すること	
添付書類	①報酬付与審判書謄本の写し ②家庭裁判所に提出した後見等事務報告書、財産目録、収支予定表の写し ③介護被保険者証の写し(被後見人等が所持している場合) ④その他市長が必要と認める書類	

助成金振込先(申請者本人名義のものに限ります)

金融機関名	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
銀行 信用金庫 農協 ()	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	