

申請日 年 月 日

成年後見制度利用支援事業支給金交付申請書（後見人等報酬）

八 頭 町 長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、受給資格認定にあたり、本人（審判の対象者）の住民基本台帳情報及び生活保護の受給の有無等を関係機関において調査・確認することに同意します。

（被成年後見人等） 助成対象者	ふりがな				生年月日： 年 月 日 歳
	氏 名				
	住 所	〒 - 電話番号：			
	居 所	〒 - 電話番号：			
（成年後見人） 申請者	ふりがな			後見等の種類：	
	氏 名			☐ 成年後見 ☐ 保佐 ☐ 補助	
	住 所	〒 - 電話番号：			
申請資格	☐ 生活保護受給者（受給開始： 年 月 日 ～ ） ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の推進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に規定する支援給付を受けている者 ☐ その他（ ）				
審判報酬額	報酬対象期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	審判額①	円	助成対象月数②	月分	
生活状況	助成対象期間中、本人は ☐ 特養等の入所系の施設等にいた → （名称） _____ ☐ 在宅等の居住系の施設等にいた → （名称） _____ ☐ 入院などをし、入所系と居住系を行き来している期間があった。 年 月 日 ～ 年 月 日（名称） _____ 年 月 日 ～ 年 月 日（名称） _____ 年 月 日 ～ 年 月 日（名称） _____				
助成申請額	助成限度額③	☐ 施設等 18,000 円 ☐ その他 28,000 円		②×③ 行き来している場合は計算式も記入 ④ 円	
	助成申請額 円				
特記事項	（本人死亡後に申請する場合は、本人の死亡年月日も含めて記入願います。）				

【施設区分】

	施設等に入所又は入院している 場合	その他の場合
高齢者 (65 歳以上)	・ 特別養護老人ホーム ・ 介護老人保健施設 (入所見込 6 カ月を超えるもの) ・ 養護老人ホーム ・ 介護療養型医療施設 (入所見込 6 カ月を超えるもの)	・ 在宅 ・ 生活支援ハウス ・ サービス付き高齢者向け住宅 ・ グループホーム ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ ケアハウス（軽費老人ホーム） ・ 有料老人ホーム
障がい者	・ 施設入所支援	・ 在宅 ・ グループホーム
共通	・ 入院中 ・ 救護施設 ・ 厚生保護施設 ・ 一時保護施設等	
金額（月額）	18,000 円	28,000 円

※助成の対象期間が施設等入所・入院期間とその他の期間をまたぐ月については、上限額を月額 28,000 円とする。

【提出書類】

☐ 成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書（後見人等報酬）

☐ 本人の預貯金の残高が確認できる書類・預貯金通帳のコピー

（本人氏名、報酬対象期間最終日から 6 カ月以前～報酬対象期間最終日までが印字されているもの）

☐ 本人の財産目録等の写し

（報酬対象期間最終日のもの）

☐ 成年後見・保佐・補助に関する登記事項証明書

（申請日以前 90 日以内に発行されたもの）

☐ 報酬付与審判書