

様式第4号(第10条第1項関係)

草津市障害者等成年後見制度利用支援事業補助金交付申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者住所

氏 名

印

草津市障害者等成年後見制度利用支援事業実施要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

申請額	円		
内 訳	<交付申請金額> (1)申立費用(収入印紙、切手代等) ( )円 (2)鑑定費用(診断書の作成等) ( )円 (3)後見等の開始後に必要な成年後見人等の報酬 ( )円/年 (月額 円× 月)		
氏 名		生年月日	年 月 日生( 歳)
対象期間等 (成年後見人等の報酬の補助金申請の場合に限る。)	対象期間： 年 月 日～ 年 月 日 対象期間のうち、入院または入所していた期間： 年 月 日～ 年 月 日 (入院・入所施設名 ) 年 月 日～ 年 月 日 (入院・入所施設名 )		
添付書類 (3 から 5 は後見等の開始後に必要な成年後見人等の報酬の補助金申請の場合に限る。)	<input type="checkbox"/> 1 収入・資産状況等を証する書類(通帳の写し等) <input type="checkbox"/> 2 申立費用等の支払見込額を証する書類(積算書等) <input type="checkbox"/> 3 家庭裁判所の報酬付与の審判書謄本の写し <input type="checkbox"/> 4 成年後見人等の開始の日および成年後見人等を証する書類(家庭裁判所の審判書の写し等) <input type="checkbox"/> 5 後見事務報告書の写し		