

様式第3号(第10条関係)

成年後見制度利用支援事業助成金支給申請書

年 月 日

石井町長 殿

申請者 住所  
氏名  
連絡先

石井町成年後見制度利用支援事業実施要綱第10条第1項の規定に基づき、成年後見制度利用支援事業助成金の支給について関係書類を添付して申請します。なお、審査の際、要支援者及び要支援者と同一世帯の者の資産及び収入状況等について必要な情報を関係機関において調査することに同意します。

要支援者 (本人)	住所		生年月日	年 月 日
	氏名		後見等開始 審判請求者	石井町長・その他( )
成年後見人等	住所		生年月日	年 月 日
	氏名		職種(専門職)	弁護士・司法書士・社会福祉士・ 行政書士・その他( )
報酬付与 の審判日		年 月 日	報酬付与の審判額 (助成申請額)	円
助成の対象となる 期間		年 月 日 から 年 月 日		
助成の対象となる 期間の在宅・施設 等の状況	在宅	年 月 日 から 年 月 日		
	施設等 (病院及 び診療 所含む)	名 称 :		
		所在地 :		
		年 月 日 から 年 月 日		
申請理由				