

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）佐倉市長

住所
申請者 氏名・代表者名
電話番号

成年後見制度利用費用助成申請書

次のとおり成年後見制度利用費用助成について申請します。
記

成年被後見人等			
氏 名			
住 所			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
電話番号			
類 型	☐ 後 見 ☐ 保 佐 ☐ 補 助		
対象期間中の居所（複数選択可） ☐ 在宅 ☐ 入院（期間 ～ ）		※入所には短期入所及び居宅扱いの施設を含む ☐ 入所（期間： ～ ）	
申立人 又は 成年後見人等			
氏 名			
住 所			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
電話番号			
申請する内容			
☐ 申立費用	費用総額		
☐ 成年後見人等報酬	報酬決定額		
	対 象 期 間		

添付書類

【申立費用助成】成年後見等開始の審判書（写）、予納切手の返還書（写）
収入印紙、郵便切手、戸籍謄本、住民票、診断書等取得の領収書

【報 酬 助 成】報酬付与の審判書（写）
家庭裁判所に提出した成年被後見人等の財産目録（写）
対象期間を含む預貯金通帳の写または口座の入出金明細

申請にあたり、佐倉市が成年被後見人等の世帯及び所得等の状況を市の保有する公簿により確認することに同意します

申請者 _____ 印