

令和 年 月 日

山 口 市 長 様

申請者 住 所
成年被後見人等
氏 名
成年後見人等
種類・氏名 (※)

電話番号

(※) 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

成年後見人等の報酬助成金交付申請書

交付申請額 金 _____ 円

山口市成年後見制度利用支援事業報酬助成要領第6条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

区 分	内 容		
後見等の種類	後 見 ・ 保 佐 ・ 補 助		
後見等開始の申立人	山口市長 ・ 本人 ・ 配偶者 ・ 親族 ・ 後見人等 ・ 市区町村長		
報酬付与決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
本人	住所		
	氏名	生年月日	
代理人	住所		
	氏名	生年月日	
本人の資産等 (要領第2条第1項)	<input type="checkbox"/> 第1号(生活保護受給者) <input type="checkbox"/> 第2号(資産残高50万円以下等)		
添付書類	(1) 後見事務報告書の写し (2) 預貯金通帳等の写し等金銭管理状況の分かるもの (3) 報酬付与の審判書謄本の写し (4) 対象者の成年後見人等が申請する場合にあっては、登記事項証明書の写し*又は法定後見の審判書謄本の写し *就職の日から最初に申請する場合は登記事項証明書を添付のこと。		