別記様式第１号（第４条関係）

成年後見制度利用支援事業助成金申請書

（あて先）新潟市長

年　　月　　日

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお，審査の際，申請者の収入の状況等必要な情報を関係機関において調査確認することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">助成申請者
（成年被後見人等）</td><td>氏　名</td><td></td><td>生 年 月 日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所
（居 所）</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>住民票上の 住 所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td rowspan="4">代理人
（成年後見人等）</td><td rowspan="3">氏　名</td><td rowspan="3">専門職の場合，その資格
（　　　　　　　　　　）</td><td>申請者との関係
（後見等の類型）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>就 職 の 日
（後見等審判確定日）</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>後見等開始の審判の申立人(続柄等)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒
電話番号　（　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護
受 給 の
有 無 等</td><td colspan="4">□ 有 （　　　　年　　月　　日～）
□ 無 ｛世帯員数　　名　年間世帯収入額　　　円
　　　　　　　　　世帯資産合計額　　　円｝</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成の種類
及び申請額</td><td colspan="4">□ 審判請求費用　　　　　円
□ 成年後見人等報酬　　　　円 （※報酬付与の審判の決定額）
［審判の対象期間　　年　月　日～　　年　月　日］</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">振込先口座
（助成申請者本人名義のもの）</td><td colspan="2">金　融　機　関　名</td><td>預金種別</td><td>口　座　番　号</td></tr>
<tr><td colspan="2">銀行
金庫　　　　店
組合</td><td>□ 普 通
□ 当 座</td><td></td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座の名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

注１　該当する□にレ印を記入してください。
　２　銀行名，支店名，口座番号及び名義人の記入については再度確認をお願いいたします。
　３　後見人等報酬に係る助成申請の場合は、裏面「入所，入院等の状況」欄も記入してください。

＜添付書類＞

①　後見登記等にかかる登記事項証明書又は審判確定証明書（写し）

②　（審判請求費用助成申請の場合）審判請求費用の分かる書類（領収書の写し等）
　　（成年後見人等報酬助成申請の場合）報酬付与の審判の決定通知書（写し）

③　（生活保護未受給者のみ）収入・資産等申告書（事務取扱要領別記様式）
　　※預貯金通帳の写し，年金振込通知書の写し，その他の収入・資産の額が分かる資料を添付

入所，入院等の状況

審判の対象期間（再掲）	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無 □　有（以下に記入してください。）　　□　無	
入所施設，医療提供施設等の名称	入所，入院等の期間
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

＊入所，入院等は「新潟市成年後見制度利用支援事業に関する事務取扱要領」第３条に掲げる以下のものに限ります。

（１）生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）にいう保護施設
（２）障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）にいう障害者支援施設
（３）老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）にいう老人福祉施設
（４）介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）にいう介護保険施設
（５）医療法（昭和 23 年法律第 205 号）にいう医療提供施設
（６）前各号の類似施設