

第 2 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

多摩市長 殿

申請者（助成対象者又は代理人等）

氏 名 印

多摩市障がい者成年後見制度報酬費用助成申請書

障がい者成年後見制度報酬費用の助成について、多摩市障がい者成年後見制度利用費用助成要綱第 5 条第 2 項の規定により次のとおり申請します。

なお、この申請に関して助成対象者の所得状況等を公簿等により確認することに同意します。

助成対象者 (成年被後見人等)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	後見等の 類 型	後見 ・ 保佐 ・ 補助
	生活保護 の 受 給	有 ・ 無
代 理 人 (成年後見人等)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
申 請 の 理 由		
助 成 対 象 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
申 請 額	円	

※ 添付書類

- (1) 成年後見人等の登記事項証明書
- (2) 財産目録の写し
- (3) 収支状況報告書の写し
- (4) 報酬付与審判の審判書謄本の写し
- (5) 住民票の写し
- (6) 生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受けている場合にあつては、そのことが確認できるもの
- (7) 助成対象者が属する世帯構成員全員の市民税が非課税であることを証明できるもの
- (8) 助成対象者が属する世帯構成員全員の年間収入額及び資産状況が確認できるもの
- (9) その他市長が必要と認める書類