

宇治市成年後見制度利用支援事業申請書 (後見人等報酬)

年 月 日

宇治市長 あて

<申請者>
住 所 〒

氏 名

電話番号

成年後見制度利用における宇治市長の審判申立要項又は宇治市成年後見制度利用支援事業実施要項に基づき、下記の費用の助成を申請します。

また、助成を決定するにあたり必要となる個人情報を確認することについて同意します。

成年被後見人等 *住所については施設名称等までご記入ください。	氏 名	
	住 所 (住民票上の住所)	
	居住地住所	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	手帳の取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B)
	世帯状況	単身世帯 ・ 複数世帯
	申立人	宇治市長 ・ 本人 ・ 親族 ・ その他 ()
成年後見人等	氏 名	
	住 所	
	後見等の類型	成年後見人 ・ 保佐人 ・ 補助人
成年後見制度 利用支援事業 助成申請額	助成申請額	円
	ただし、	年 月 日 ~ 年 月 日分
	*上記の内、連続 30 日以上の入院期間	
	(入院日： 年 月 日 ~ 退院日： 年 月 日)	
	施設入所期間	
	(入所日： 年 月 日 ~ 退所日： 年 月 日)	
成年後見人等 報酬について 助成が必要な 理由	該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている者 <input type="checkbox"/> 規定の要件に該当する者 (所得・資産要件を満たす者) →※規定の要件に該当する者は、『宇治市成年後見制度利用支援事業 収支等に関する調書』を作成し、添付してください。	