

様式第 1 号（第 6 条関係）

（表面）

堺市成年後見制度利用支援給付金交付申請書

堺市長 殿

年 月 日

堺市成年後見制度利用支援給付金の交付を受けたいので、堺市成年後見制度利用支援給付金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請資格に関して、必要な情報を調査確認されることに同意します。

申請者	本人	フリガナ	ナカ タロウ		類 型
		氏 名	中 太郎		後見・保佐・補助
		住民票上の住所	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市中区深井沢町 2 4 7 0 番地 7		
	上記代理人成年後見人等 (代理人による申請の場合のみ記入)	フリガナ	サカイ ハナコ		保佐人・補助人が本人に代わって申請をする場合は、家裁から申請権限が与えられている事を確認。保佐人・補助人に権限が無い場合、申請は本人がおこなうことになります。
		氏 名	堺 花子		
		住所 (連絡先)	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号		
		電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
本人と成年後見人等との関係		<input checked="" type="checkbox"/> 専門職（職名：(例) 弁護士） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請資格		1 生活保護受給者（ 〇〇年 〇月 〇日～） 2 中国残留邦人等支援助受給者 3 資産及び収入の状況が生活保護受給者に準ずると認められる者 4 交付対象期間に 1 又は 2 であった期間が含まれている者 (期間： 年 月 日～ 年 月)			
申請額		240,000 円			
振込先 (申請者本人のもの)		金融機関名		預金種別	口座番号
		ゆうちょ銀行 〇〇 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7
		フリガナ	ナカ タロウ コウケンニン サカイ ハナコ		
		口座の名義人	中 太郎 後見人 堺 花子		

注意

- 「成年後見人等」とは、成年後見人、保佐人又は補助人をいいます。
- 成年後見人等が「本人の配偶者又は 4 親等内の親族」である場合は、給付を受けられません。
- 裏面「現況報告書」も記入してください。

【添付書類】 添付する書類に、レ印を記入してください。

<必須> ☒ 報酬付与の審判書の写し

<必須> ☒ 後見登記等に係る登記事項証明書の写し

※報酬付与の審判書に報酬付与対象期間が記載されているときは、省略可能です。

(生活保護受給者) ☐ 発行後 3 か月以内の生活保護受給証明書の写し

(中国残留邦人等支援助受給者) ☐ 本人確認証

(資産及び収入の状況が生活保護受給者に準ずると認められる者)

☒ 収入・資産等申告書（様式第 2 号）及び申告に係る証明書類

☒ 扶養義務者による金銭的援助に関する書類

(裏面)

成年後見制度利用支援給付金交付申請書（現況報告書）

申請者（被後見人）の現在の生活場所 <input type="checkbox"/> 施設又は医療提供施設（※１） 所在地： <input checked="" type="checkbox"/> 在宅等 所在地又は住所：（例）住民票上の住所と同じ	
報酬対象期間	令和２年 ４月 １日～ 令和３年 ３月 ３１日
入所・入院（２か月以上）の記録 報酬対象期間の入所・入院の状況を記入してください。※入院は２か月以上の場合に記入	
入院施設・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
その他の場合、他市の市長申立、本人・親族申立かの確認が必要。	
後見等開始の審判を請求した人	<input type="checkbox"/> 堺市長 <input checked="" type="checkbox"/> その他（（例）親族による申立）

（注）
障害のグループホームは在宅扱いのため記載していません。

※１ 施設又は医療提供施設

生活保護法	保護施設
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	障害者支援施設
老人福祉法	老人福祉施設
介護保険法	介護保険施設
医療法	医療提供施設
類似施設で市長が認める施設	住宅型有料老人ホーム 介護付有料老人ホーム 健康型有料老人ホーム サービス付高齢者向け住宅 認知症対応型グループホーム 児童福祉施設 矯正施設