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 | |  | | | 類　型 |
| 氏　　　名 | |  | | | 後見・保佐・補助 |
| 住民票上の 住 　　所 | | 郵便番号 | | | |
| 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 | |  | | |
| 氏　　　名 | |  | | |
| 住　　　所  （連絡先） | | 郵便番号  電話番号　　　（　　　） | | | |
| 本人と成年後見人等との関係 | | | | □専門職（職名：　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　） | | | |
| 申請資格 | | １　生活保護受給者（　　　　　　年　　月　　日～） | | | | | |
| ２　中国残留邦人等支援受給者 | | | | | |
| 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　　日） | | | | | |
| 申 請 額 | | 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 | |
| 銀行　　　　　　　店 | | | □　普 通  □　当 座 |  | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座の名義人 |  | | | | |

注意

　１　「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。

２　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。

３　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  　□施設又は医療提供施設（※１）  　所在地：  □在宅等  　所在地又は住所： | |
| 報酬対象期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　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 | | |
| 後見等開始の審判を請求した人 | □堺市長  □その他（　　　　　　　　　　　　） |

※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(3か月を超えて入院した場合) |
| 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 |