

様式第1号

年 月 日

大泉町長 様

大泉町認知症高齢者等成年後見制度利用支援事業認定申請書

大泉町認知症高齢者等成年後見制度利用支援事業の認定を受けたいので、大泉町認知症高齢者等成年後見制度利用支援事業実施要項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申 請 者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	電 話 番 号	
	補助対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 代理人(成年後見人等の類型： )
補 助 対 象 者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	電 話 番 号	
補 助 費 用	<input type="checkbox"/> 審判請求費用	・収入印紙代 _____ 円 ・診断書料 _____ 円 ・登記印紙代 _____ 円 ・鑑定代 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等への報酬費用	(上限金額)
申 請 理 由		

※添付書類

- (1) 公的年金等の源泉徴収票の写しなど本人の収入状況が分かるもの
- (2) 財産目録等の写しなど本人の資産状況が分かるもの
- (3) 審判請求費用の補助を申込み場合は、領収書の写し
- (4) 成年後見人等への報酬補助を申込み場合は、次に掲げる書類
  - ア 登記事項証明書又は成年後見人等開始の審判決定書謄本の写し
  - イ 報酬付与の審判書謄本の写し