

様式第3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補助金交付請求書

年 月 日付け大健発第 号で認定を受けた大泉町認知症高齢者等成年後見制度利用支援事業が終了したので、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。

1 申請額	<input type="checkbox"/> 審判請求費用 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 成年後見人等への報酬 _____ 円	
2 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： _____)
3 補助対象者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	
	電 話 番 号	
4 添付書類	<input type="checkbox"/> 報酬付与の審判書謄本の写し※1 <input type="checkbox"/> 後見等の活動事務報告書(様式は任意)※1 <input type="checkbox"/> 領収書の写し等必要経費の分かるもの	

補助金の交付が決定した場合、下記口座に補助金をお振り込み下さい。

振 込 口 座	金融機関名		支 店 名	
	口座番号	普通・当座 NO.	(フリガナ) 名 義 人	

※1 成年後見人等への報酬の補助を申請する場合に添付することとし、審判請求費用の補助のみを申請する場合は不要です。