

年 月 日

(宛先) 五島市長

申請者 住 所

氏 名

㊟

障害者成年後見制度利用支援事業助成金請求書

五島市障害者成年後見制度利用支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、報酬助成金を次のとおり請求します。

成年被後見人等 (本人)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	施設の名称及び 所在地(施設入 所者の場合)			
成年後見人等	住 所			
	氏 名		後見等の種類	
助成金額 請求	審判請求に 要する費用	円		
	報酬の支払に 要する費用	(年 月～	年 月分) 円