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  請求額 | | 審判請求に  要する費用 | 円 | | | |
| 報酬の支払に  要する費用 | 円  （　　　　年　　月～　　　　年　　月分） | | | |