

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利用申請書

五島市障害者成年後見制度利用支援事業実施要綱第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。

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	
審判請求に 要した費用	(1) 申 立 手 数 料			円
	(2) 登 記 手 数 料			円
	(3) 診 断 書 料			円
	(4) 鑑 定 料			円
	(5) 郵 便 切 手 代			円
	(6) その他手続に要した費用 合 計			円
成年後見人 等の報酬の 支払に要す る 費 用	成年後見人等の 報 酬 額			円
	報酬支払期間		年 月～	年 月
振 込 先	振込口座	銀行	支店	普・当
	フリガナ			
	口座名義			

備考 次の書類を添付の上、提出してください。

- 1 障害者であることを確認できる書類の写し
- 2 本人の資産、収入等が確認できる書類(被保護者にあつては、生活保護受給者証の写し)
- 3 審判請求に要する費用を支払ったことを証する書類(審判請求に要する費用に係る申請を行う場合に限る。)
- 4 後見等の開始の事実が確認できる書類
- 5 家庭裁判所が決定した成年後見人等の報酬額が確認できる書類(報酬の支払に要する費用に係る申請を行う場合に限る。)