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　　　　　　　　　　　円  　　　　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（被保護者にあっては、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。）