

藤沢市成年後見制度申立費用等助成事業申請書

藤沢市長

次のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、審査の際、収入状況等の必要な情報を関係機関において調査確認することに同意します。

申請者氏名				生年月日		
住民登録地						
居所	<input type="checkbox"/> 上に同じ 〒					
各種給付利用状況	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法の介護給付 (自治体名)		<input type="checkbox"/> 介護保険 (自治体名)			
申請資格 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 中国在留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国在留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者	<input type="checkbox"/> 資産等の状況が要綱第3条別表第1の3に該当する者 ※世帯人数 人	<input type="checkbox"/> その他、市長が認める者		
申請内容	<input type="checkbox"/> 申立費用助成	対象経費	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 切手、収入印紙の購入費用 <input type="checkbox"/> 鑑定費用			
		申立人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（被後見人との関係）			
	<input type="checkbox"/> 報酬助成	報酬付与審判対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
		上記期間の居所 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 在宅及び施設		<input type="checkbox"/> 施設	
<在宅及び施設>に該当する場合は、期間を記入してください。						
在宅		施設		年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日		
助成実績の有無	<input type="checkbox"/> 有（前回の申請時期 月）			<input type="checkbox"/> 無		

申請代理人

申請代理人 氏名			
区分	<input type="checkbox"/> 成年後見人	<input type="checkbox"/> 保佐人	<input type="checkbox"/> 補助人
住所	〒		
連絡先			