

報酬助成交付申請書

年 月 日

那覇市長 宛

那覇市成年後見制度利用支援事業(報酬の助成)実施要綱第3条の規定により、次のとおり関係書類を添えて成年後見人等報酬助成を申請します。

なお、この申請の決定にあたり必要な場合は、那覇市において住民基本台帳情報、収入、市税等に関する課税資料及び生活保護受給状況を確認されることに同意します。

申請者	被後見人等	氏名		生年月日	年 月 日	
		住所	(住民票上の住所)			
	(実際に住んでいる場所)					
	後見人等	氏名				
		住所				
		被後見人等との関係	☐ 成年後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ 後見人等は被後見人等の親族ではありません。 ※万一、申請内容について事実と異なることが判明した場合は、受けた報酬助成金を返還致します。			
	助成の申請額		円	報酬付与審判の決定額	円	
被後見人等の状況		在宅の状況※1		生活保護の有無		
		☐ 在宅 ☐ 施設等		☐ 有 ☐ 無		

※1 施設等の基準については別紙を参照

＜添付書類チェックリスト＞

- ☐ 報酬付与の審判決定書の写し
- ☐ 申請時における預貯金通帳の写し
- ☐ 収支表(第2号様式)
- ☐ 保護受給証明書(生活保護受給者のみ)
- ☐ 介護保険被保険者証の写し又は障害福祉サービス受給者証の写し(利用者のみ)
- ☐ 後見事務報告書等の写し及び被後見人等の財産目録の写し

口座振替依頼書

口座振 込依頼 欄	銀行 農協 信用金庫				本店 支店 出張所			種別	口座番号						
								1 普通 2 当座							
	金融機関コード				店舗コード			フリガナ							
								口座名義人							

施設等の基準

根拠法令	施設等名称
生活保護法	・ 保護施設
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律	・ 障害者支援施設 ・ のぞみの園 ・ 共同生活援助が提供される施設
地域生活支援事業実施要綱	・ 福祉ホーム
老人福祉法	・ 老人福祉施設 ・ 有料老人ホーム
介護保険法	・ 特定施設又は地域密着型特定施設 ・ 介護老人施設又は地域密着型介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護医療院 ・ 認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護が提供される施設
高齢者の居住の安定確保に関する法律	・ サービス付き高齢者向け住宅
医療法	・ 医療提供施設
—	・ その他市長が認める施設

備考 医療法にいう医療提供施設に3か月以上入院している場合は、入院の日から3か月を経過した翌日から、施設等に入所しているものとして取り扱う。

収支表

1. 本人の収入（ 年 月から 年 月まで）

種別	名称	金額（月額）	金額（年額）
年金	厚生年金	円	円
	国民年金	円	円
	その他年金（ ）	円	円
給与等		円	円
家賃収入		円	円
その他		円	円
収入額合計（A）		円	円

2. 本人の支出（ 年 月から 年 月まで）

品目	金額（月額）	金額（年額）
医療費（病院代・入院費・薬代等）	円	円
家賃等	円	円
生活費等	円	円
その他（ ）	円	円
その他（ ）	円	円
その他（ ）	円	円
支出額合計（B）	円	円

3. 収支

収入月額（A）－支出月額（B）	＋・－	円
収入年額（A）－支出年額（B）	＋・－	円

4. 申請時の預貯金残高

残高（ 年 月 日時点）	円
--------------	---

作成年月日 年 月 日

記入作成者

変更届出書

年 月 日

那覇市長 宛

年 月 日付けで申請した内容に変更が生じたので、次のとおり報告します。

申請者	被後見人等	氏名		生年月日	年 月 日
		住所	(電話番号)		
	後見人等	氏名		被後見人等との関係	
		住所	(電話番号)		
変更年月日		年 月 日			
変更内容					
変更理由					