

受任等にかかる少額報酬への補填金 申請書

相談センター長 様

令和 年 月 日

(申請者) 会員No. _____ 成年後見支援班第 _____ 班 氏名 _____ 印
連絡先 (携帯) _____

下記のとおり関係書類を添えて申請します。決定後は下記口座へ振り込んで下さい。

(1) 対象となる報酬付与審判

被後見人等氏名 _____ ケース番号 _____ ※2月定期報告と同番号
対象期間 年 月 日から 年 月 日まで (ヶ月と 日)
報酬付与審判額 金 _____ 円 (家裁の報酬付与審判の金額を記載する)
被後見人等の後見類型 (後見 ・ 保佐 ・ 補助) < 高齢・障がい >
申立人 (本人 ・ 配偶者 ・ 四親等内の親族 ・ 市町村長 ・ その他 《 _____ 》)

(2) 確認事項

- ☐ 被後見人等居住地の成年後見制度利用支援事業 (報酬助成) の助成を受けることが出来ません。
理由 ☐ 制度対象外 ☐ 首長申立のみ可 (申立が 本人 親族 その他 (_____))
☐ 生活保護あるいは生活保護に準ずる世帯でない
☐ 高齢のみ対象 ☐ 障がいのみ対象
☐ 居住地市町村に制度がない
☐ 成年後見制度利用支援事業を受けても月額1万円に満たない。
☐ その他 (_____)

(3) 被後見人等の状況

- 申請回数 (_____ 回目) ※今回申請の被後見人等に関する申請回数
- 被後見人等の住所地 (大阪市・堺市・その他 《 _____ 》)
住所特例の場合 介護保険被保険者証又は障害サービス受給者発行の市町村 《 _____ 》
- 被後見人等の居住場所 (在宅 ・ 病院 ・ 施設 《種別: _____ 》)
- 被後見人等の所得状況について (課税 ・ 非課税 ・ 生活保護 ・ 生活保護に準ずる)
- 被後見人等との関係について (良好 ・ 意思疎通が困難 ・ 良好でない)
- 親族との関係について (良好 ・ 意思疎通が困難 ・ 良好でない ・ いない)
- 支援者との関係について (良好 ・ 良好でない 《理由: _____ 》)

(4) 添付資料 ※報酬付与審判の写し、貯金通帳の写し等

(5) 振込希望口座

振込口座	金融機関/支店名		口座番号		名義 (カタカナ記入)	
	ゆうちょ口座		記号	番号		
	銀行 支店	普通 / 当座				

決定欄 ※事務局記載欄

対象期間 (_____) ヶ月 × 10,000 + (_____) 日 - 報酬付与審判額 _____ = _____ 円

※日割り計算は 10,000 ÷ 30 = 300 円/日 (100 円単位) 3 日分は 1000 円へ切り上げ

センター長	事務局長