

受任等にかかる少額報酬への補填金 申請書

の欄のみ入力（記載）してください。

（西暦） 20 年 月 日

相談センター長 様

申請者	会員No.				氏 名	
	成年後見支援第		班	連絡先（携帯）		

下記のとおり関係書類を添えて申請します。決定後は下表の振込口座へ振り込んでください。

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（西暦）	年	月	日	～	年 月 日 （ヵ月と 日）
報酬付与審判額	金		円	（家裁の報酬付与審判額）	
被後見人等の 後見類型	☐ 後 見	☐ 保 佐	☐ 補 助		
	☐ 高 齢	☐ 障がい			

2 確認事項 ※ 本人または親族の申出であっても助成を受けることが可能な市町村があります。

☐ 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できない。			
理 由	☐ 制度対象外	☐ 首長申立のみ可で申立人が 本人 親族 その他（ ）	
		☐ 生活保護あるいはそれに準ずる世帯ではない	
		☐ 高齢のみ対応 ☐ 障がいのみ対象	
	☐ 居住地市町村に報酬助成の制度がない		
☐ 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

(1)	申請回数		回目	※ 今回申請の被後見人等に関する申請回数		
(2)	被後見人等の住所地	☐ 大阪市	☐ 堺市	☐ その他：		
	住所地特例一介護保険被保険者証または障害サービス受給者発行の市町村					
(3)	被後見人等の居住場所	☐ 在宅	☐ 病院	☐ 施設（種別； ）		
(4)	被後見人等の所得状況	☐ 課税	☐ 非課税	☐ 生活保護（に準じる）		
(5)	被後見人との関係	☐ 良好	☐ 疎通困難	☐ 良好ではない		
(6)	親族との関係	☐ 良好	☐ 疎通困難	☐ 良好ではない	☐ いない	
(7)	支援者との関係	☐ 良好	☐ 良好ではない（理由：			

4 添付資料

☐ 報酬付与審判の写し	☐ 貯金通帳の写し	☐ 財産目録の写し（家裁提出分）
------------------------------------	----------------------------------	---

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）	
	ゆうちょ銀行		記号					
			番号					
		銀行	☐	普通		☐	当座	
		支店						

※ 事務局記載事項

☐ 補填を決定する。補填額は下表のとおり

対象 期間	(ヵ月)	×	報酬単価	+	(日割分)	−	報酬付与審判額	=	補填決定額
			10,000						

日割り計算：10,000 ÷ 30 ≒ 300円/日（百円未満切捨） 3日分は1,000円へ切り上げ

☐ 補填額が申請額から減額となった理由：

☐ 以下の事由により補填保留する。

事由：

☐ 以下の事由により補填を行わない。

事由：