

ご記入にあたっては、消すことのできるボールペン、鉛筆、修正テープなどは使用しないでください。訂正が必要な場合は、二重線で抹消し、余白部分に正しい内容を記入してください。

第1号様式（第5条関係）

〇年〇月〇日

品川区長あて

成年後見人等が申請する場合は、

- ① 成年被後見人等氏名
 - ② 【成年後見人・保佐人・補助人・監督人】のいずれか
 - ③ 成年後見人等氏名
- の順で記載してください。

申請者 住所 **品川区大井〇丁目〇番〇号**

氏名 **品川太郎 成年後見人 大井花子**

成年後見人等報酬助成申請書

品川区成年後見人等報酬助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

成年被後見人等	フリガナ氏名	シガワ タロウ 品川 太郎	電話	〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所 (住民票所在地)	品川区広町〇丁目〇番〇号		
	居所 (住所と異なる場合)			
	生年月日	〇年〇月〇日	類型	後見 保佐・補助
	申立人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
成年後見人等	フリガナ氏名	オオイ ハナコ 大井 花子	電話	〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	品川区大井〇丁目〇番〇号		
申請内容	報酬額 (報酬付与審判決定額)	247,000円		
	期間	〇年〇月〇日分から 〇年〇月〇日分まで		
	申請理由 いすれかに チェックを してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けている。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人支援法による支援給付を受けている。 <input type="checkbox"/> 住民税が非課税であり、本人の預貯金が所得税法上の控除対象扶養親族要件の年間給与収入額以下である。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
確認	<input checked="" type="checkbox"/> 他の区市町村から同様の助成を受けていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請内容を審査するため、区が保有する課税台帳や生活保護受給情報等、必要な個人情報を確認することに同意する。			

家庭裁判所の報酬付与審判書に記載の報酬額と報酬付与の期間を記載してください。

ご確認のうえ、チェックをしてください。
(該当しない場合、助成の対象外となります。ご了承ください)