

松戸市成年後見制度本人・親族申立費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)松戸市長

〒

申請者 住所： _____

フリガナ

氏 名： _____ 印

電話番号： _____

生年月日： _____ 申立て対象者
(本人)との関係： _____

成年後見制度本人・親族申立費用助成金の交付を受けたいので、松戸市成年後見制度本人・親族申立費用助成金交付要綱（以下「要綱」という。）第5条の規定により、次のとおり交付申請します。

申立て 対象者 (本人)	フリガナ			電話番号
	氏 名			
	生年月日			
	住 所	〒 _____		
申立て 支援者	フリガナ			電話番号
	氏 名			
	住 所	〒 _____		
申立ての内容	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助			
助成金申請額 (総額)	円 《助成金申請額については、別途、その費用内訳を示す明細書及び領収書を添付してください》			
振込先金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 信 用 組 合		本 店 支 店 出 張 所	
預金種目	普通・当座	口座 番号		
フリガナ				
口座名義				

（裏面につづく）

申立て対象者(本人)の状況 (①及び②それぞれ該当するものにチェック)	
①住所地要件	<input type="checkbox"/> 本市の住民基本台帳に記録されている者 <input type="checkbox"/> 市内から市外の特設施設又は住所地特例対象施設に入所した者 <input type="checkbox"/> 上記に掲げる者のほか市長が必要と認める者
②経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は支援給付受給者であって世帯の預貯金の総額が1,000,000円未満である者 <input type="checkbox"/> 属する世帯の預貯金の総額が1,000,000円未満である者

※申請書の提出期限は、家庭裁判所による成年後見等開始の審判のあった日から60日以内とする。