

裏面【確認事項・添付書類】の該当する□にチェックをしてください。

様式第3号（第5条関係）

20XX年 5月 10日

## 後見人等の報酬助成申請書

神戸市長 宛

申請時点の申請者（本人）の居所をご記入ください。  
（助成対象期間の居所と異なっていても構いません。）  
また、「自宅・入院・入所」のうち、適当なものに○をしてください。

申請者（被後見人等）

申請時の居所 (自宅・入院 <input checked="" type="radio"/> 入所)	〒000-000 神戸市西区〇〇町1-2-3 特別養護老人ホーム▲▲		
氏名	山田 太郎	生年月日	19XX年 1月 2日

代理人（後見人等）

住所	〒000-000 神戸市中央区〇〇通7-8-9 〇〇弁護士事務所		
氏名	(肩書) 弁護士 (氏名) 神戸 花子	電話番号	078-123-456

肩書がない場合は記入不要です

この度、家庭裁判所の審判により、~~後見人等の報酬額が決定されましたが~~、被後見人等による支払いが困難なため、裏面の関係書類を添付し、報酬の助成を申請します。

なお、助成の審査にあたり、成年被後見人等の収入の状況等、必要な情報を関係機関において調査確認されることに同意します。また、申請内容に虚偽があった場合は、助成金額を返還します。

### 1. 類型及び報酬審判額

後見等決定の類型	<input checked="" type="radio"/> 後見 ・ 保佐 ・ 補助	後見人等の審判額	240,000円
----------	-----------------------------------------------	----------	----------

### 2. 助成対象期間のお住まい

助成対象期間： 2023年 4月 ~ 2024年 3月

期間	居所	施設名・施設形態
2023年 4月 1日 ~ 2023年 8月 15日	<input checked="" type="radio"/> 自宅 ・ 自宅外	
2023年 8月 16日 ~ 2024年 3月 31日	自宅 ・ <input checked="" type="radio"/> 自宅外	特別養護老人ホーム▲▲
年 月 日 ~ 年 月 日	自宅 ・ 自宅外	

### 3. 振込先

助成対象期間の「全期間」分の居所をご記入ください。  
自宅の場合は、施設名等の記入は不要です。

金融機関名		支店
預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0
口座名義 (カナ)	ヤマダ タロウ	

※原則、被後見人様名義の口座をご記入ください。被後見人様名義の口座への振込みが困難な場合、困難な理由を文書（任意の様式で結構です）にて提出してください。

**【確認事項】** 申請者（被後見人等）について該当する□にチェックしてください

《住民票上の住所》

神戸市内に住民票を有している

他の市区町村に住民票があるが、住所地特例・居所地特例が適用され、介護保険・障害福祉サービスの実施主体が神戸市である

↳  住民票上の市区町村から報酬助成が受けられないことを確認した

《生活保護》

受給していない

生活保護を神戸市から受けている

生活保護を他の市区町村から受けている

↳  生活保護を受けている市区町村から報酬助成が受けられないことを確認した

**【添付書類】** 該当する書類の□にチェックしてください

報酬付与の審判書の謄本の写し

登記事項証明書の写し

⇒報酬付与の審判書に「就職の日から」もしくは「任務終了の日まで」とある場合

死亡診断書の写し等

⇒報酬付与の審判書に「任務終了の日まで」とある場合。ただし、「任務終了の日」が記載された登記事項証明書を提出する場合は添付不要

財産目録の写し

収支予定表の写し

保護変更決定通知書（最低生活費の記載がある最新のもの）の写し

⇒生活保護受給者の場合

助成対象期間において居所とその期間が分かる資料（領収書の写し等）

⇒入院・入所の場合

住所地特例・居所地特例適用であることが分かる書類（介護保険被保険者証、障害福祉サービス受給者証等）

⇒上記【確認事項】で、他の市区町村から報酬助成が受けられない場合