

様式第1号（第5関係）

茨木市成年後見人等報酬助成金交付申請書

（申請先）茨木市長

茨木市成年後見人等報酬助成事業の助成金の交付について、次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな		成年被後見人等との関係
	氏名		
	住所 電話番号	〒 —	電話（ ） —
成年被後見人等	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日 (歳)
	住民票上の 住所 電話番号	〒 — 茨木市	電話（ ） —
	実際に 住んでいる 場所	(施設・病院等名称：)	
成年後見人等	後見等の種類	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> 司法書士
	氏名		<input type="checkbox"/> 行政書士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士
	住所 電話番号	〒 —	電話（ ） —

同意書

茨木市成年後見人等報酬助成事業の審査に必要なときは、私の住民登録、課税状況等について、茨木市長が住民基本台帳、市民税課税台帳及び生活保護に関する事務の関係書類で確認することに同意します。

申請者氏名

㊞

(裏面もご確認ください。)

同意書

茨木市成年後見人等報酬助成事業の申請手続きを、表面に記載の成年後見人等に委任しているため、助成金交付決定通知書又は助成金交付申請却下通知書を受任者に郵送することに同意します。

申請者氏名

④