

第2号様式

船橋市成年後見人等報酬助成金交付申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話番号

成年後見人等報酬の助成を受けたいので、次のとおり交付申請します。

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
後見人等住所			
後見人等氏名		電話番号	
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
申 請 事 由			

成年後見人等の報酬助成の申請にあたり、対象要件を審査するため、当申請に係る情報を生活支援課長に提供することに同意します。

住所

氏名