

様式第 1 号(第 5 条関係)

成年後見制度利用支援事業助成金交付申請書

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住 所
氏 名
※本人による署名に代えて、
記名押印することもできます。
電話番号

琴平町成年後見制度利用支援事業助成金について下記のとおり申請します。

記

成年被後見人等	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
成年後見人等	住 所	
	氏 名	
申 請 額	円	
家庭裁判所が決定した報酬額	1月当たり	円