

## 新潟市成年後見制度利用支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、判断能力が十分でない認知症高齢者、知的障がい者及び精神障がい者に対して、権利擁護及び法的地位の安定性を図るため、成年後見制度利用に係る費用を助成することにより、対象者の福祉の増進を図ることを目的とする。

### (助成の内容)

第2条 助成の内容は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 民法(明治29年法律第89号。以下「法」という。)第7条の規定による後見開始の審判、法第11条の規定による保佐開始の審判又は法第15条第1項の規定による補助開始の審判(以下「後見開始の審判等」という。)の請求に要する費用に対する助成

(2) 法第862条の規定により法第8条に規定する成年被後見人、法第12条に規定する被保佐人又は法第16条に規定する被補助人(以下「成年被後見人等」という。)が法第8条に規定する成年後見人、法第12条に規定する保佐人又は法第16条に規定する補助人(以下「成年後見人等」という。)に付与する報酬に対する助成

2 前項第2号の規定による助成の額は、別表に定める額を上限とする。また、成年後見人等が複数人いる場合についても同表に定める額を上限とする。

### (助成の対象)

第3条 前条第1項第1号の助成の対象者は、原則として市内に住所を有する者であって、次に掲げる要件をすべて満たす者とする。

(1) 成年被後見人等であること。ただし、後見開始の審判等を請求する者が当該成年被後見人等以外の者であった場合は、家庭裁判所が当該請求に要する費用を当該成年被後見人等本人の負担とする審判をした場合に限る。

(2) 生活保護受給者又はこれに準ずる者として市長が認めるものであること。

2 前条第1項第2号の助成の対象者は、原則として市内に住所を有する者であって、次に掲げる要件をすべて満たす者とする。

(1) 成年被後見人等であること。

(2) 成年後見人等が配偶者、直系血族又は兄弟姉妹でないこと。

(3) 生活保護受給者又はこれに準ずる者として市長が認めるものであること。

### (助成の申請)

第4条 前条に規定する助成対象者は、成年後見制度利用支援事業助成金申請書(別記様

式第1号)に必要書類を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 助成対象者が死亡した場合において、当該助成対象者に助成すべき第2条第1項第2号に規定する報酬に対する助成に係る助成金が交付されていないときは、成年後見人等であった者が当該報酬を受領していない場合に限り、当該成年後見人等であった者が当該助成の申請をすることができることとし、成年後見制度利用支援事業助成金申請書(特例用)(別記様式第3号)に必要書類を添えて市長に申請しなければならない。

(助成金の決定)

第5条 市長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、同条第1項の申請は成年後見制度利用支援事業助成金決定通知書(別記様式第2号)により、同条第2項の申請は成年後見制度利用支援事業助成金決定通知書(特例用)(別記様式第4号)により助成申請者に決定内容(承認・非承認)を通知するとともに、承認の際は、助成申請者に助成金を交付するものとする。

(不正行為の禁止)

第6条 市長は、虚偽その他不正な行為があったときは、既に助成を受けた額の全額又は一部を返還させることができる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年1月4日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

別 表（第 2 条関係）

区 分	上 限 額
在 宅 者	月 額 2 8 , 0 0 0 円
施設入所者	月 額 1 8 , 0 0 0 円

成年後見制度利用支援事業助成金申請書

（あて先）新潟市長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、審査の際、申請者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することに同意します。

助成申請者 (成年被後見人等)	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所 (居所)	〒			
	住民票上の住所	〒			
代理人 (成年被後見人等)	氏名	専門職の場合、その資格 ( )	申請者との関係 (後見等の類型)		
			就職の日 (後見等審判確定日)	年 月 日	
	住所	〒			電話番号 ( )
生活保護受給の有無等	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日～ ) <input type="checkbox"/> 無 [ 世帯員数 名 年間世帯収入額 円 世帯資産合計額 円 ]				
助成の種類及び申請額	<input type="checkbox"/> 審判請求費用 円 <input type="checkbox"/> 成年後見人等報酬 円 (※報酬付与の審判の決定額) [審判の対象期間 年 月 日～ 年 月 日]				
振込先口座 (助成申請者本人名義のもの)	金融機関名		預金種別	口座番号	
	銀行 金庫 組合		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	フリガナ				
	口座の名義人				

注1 該当する□にレ印を記入してください。

2 銀行名、支店名、口座番号及び名義人の記入については再度確認をお願いいたします。

3 後見人等報酬に係る助成申請の場合は、裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください。

<添付書類>

① 後見登記等にかかる登記事項証明書又は審判確定証明書（写し）

② (審判請求費用助成申請の場合) 審判請求費用の分かる書類(領収書の写し等)  
(成年後見人等報酬助成申請の場合) 報酬付与の審判の決定通知書（写し）

③ (生活保護未受給者のみ) 収入・資産等申告書（事務取扱要領別記様式）

※預貯金通帳の写し、年金振込通知書の写し、その他の収入・資産の額が分かる資料を添付

入所，入院等の状況

審判の対象期間（再掲）	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設，医療提供施設等の名称	入所，入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

\*入所，入院等は「新潟市成年後見制度利用支援事業に関する事務取扱要領」第3条に掲げる以下のものに限ります。

- |   |
|---|
| (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）にいう保護施設<br>(2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）にいう障害者支援施設<br>(3) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）にいう老人福祉施設<br>(4) 介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護保険施設<br>(5) 医療法（昭和23年法律第205号）にいう医療提供施設<br>(6) 前各号の類似施設 |
|---|

新 第 号の  
年 月 日

様

新潟市長

成年後見制度利用支援事業助成金決定通知書

年 月 日付で申請のありました成年後見制度利用支援事業助成金については、以下のとおり決定しましたので通知します。

助成申請者氏名	
代理人氏名	
申請年月日	年 月 日
決定年月日	年 月 日
決定内容	承認（非承認）
交付金額	審判請求費用 円 成年後見人等報酬 円 〔助成の対象期間〕 年 月 日 ～ 年 月 日
非承認の理由	

問合せ先 新潟市 区  
住所  
電話番号

成年後見制度利用支援事業助成金申請書（特例用）

（あて先）新潟市長

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて申請します。

で 成 年 後 見 人 等 の 助 成 申 請 者	氏 名	申請者との関係 (後見等の類型)	
		就 職 の 日 (審判確定日)	年 月 日
		後見等開始の審判の 申立人(続柄等)	
住 所	〒		
	電話番号 ( )		
本 来 の 助 成 対 象 者 の 被 見 人	氏 名	生 年 月 日	年 月 日
		死亡した日	年 月 日
	死亡時の 住 所 (居 所)	〒	
死亡時の 住民票上 の 住 所	〒		
本来の対象者の 死亡時点での 生活保護受給 の有無等	<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日～) <input type="checkbox"/> 無 [ 世帯員数 名 年間世帯収入額 円 世帯資産合計額 円 ]		
助成申請額	成年後見人等報酬 円 (※報酬付与の審判の決定額) [審判の対象期間 年 月 日～ 年 月 日]		
振込先口座  助成申請者 本人名義の もの	金 融 機 関 名	預金種別	口 座 番 号
	銀行 金庫 組合 店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	フリガナ		
	口座の名義人		

注1 該当する□にレ印を記入してください。

2 銀行名、支店名、口座番号及び名義人の記入については再度確認をお願いいたします。

3 裏面「入所、入院等の状況」欄も記入してください。

<添付書類>

- ① 後見登記等にかかる登記事項証明書又は審判確定証明書（写し）
- ② 報酬付与の審判の決定通知書（写し）
- ③ (生活保護未受給者のみ) 収入・資産等申告書（事務取扱要領別記様式）

※預貯金通帳の写し、年金振込通知書の写し、その他の収入・資産の額が分かる資料を添付

入所，入院等の状況

審判の対象期間（再掲）	年 月 日 ～ 年 月 日
上記審判の対象期間内の入所，入院等の有無 <input type="checkbox"/> 有（以下に記入してください。） <input type="checkbox"/> 無	
入所施設，医療提供施設等の名称	入所，入院等の期間
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日
	年 月 日 ～ 年 月 日

\*入所，入院等は「新潟市成年後見制度利用支援事業に関する事務取扱要領」第3条に掲げる以下のものに限ります。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）にいう保護施設
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）にいう障害者支援施設
- (3) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）にいう老人福祉施設
- (4) 介護保険法（平成9年法律第123号）にいう介護保険施設
- (5) 医療法（昭和23年法律第205号）にいう医療提供施設
- (6) 前各号の類似施設



様

新潟市長

成年後見制度利用支援事業助成金決定通知書（特例用）

年 月 日付で申請のありました成年後見制度利用支援事業助成金については、  
以下のとおり決定しましたので通知します。

助成申請者氏名 (成年後見人等であった者)	
本来の助成対象者氏名 (成年被後見人等であった者)	
申請年月日	年 月 日
決定年月日	年 月 日
決定内容	承認 (非承認)
交付金額	成年後見人等報酬 円 〔 助成の対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日 〕
非承認の理由	

問合せ先 新潟市 区  
住所  
電話番号