年　　月　　日

　坂戸市長　あて

要請者

所在地（住所）

団体名称

代表者氏名

※個人の場合は住所及び要請者氏名

坂戸市成年後見制度における市長の申立てに関する要綱（平成18年１月25日告示第21号）第３条に基づき要請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市長の申立てを  必要とする者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 介護認定 | □あり（要介護度：　　　　　　　）　　□なし |
| 特記事項 |  |
| 要請者の属性 | □　(１)民生委員  □　(２)老人福祉施設の職員  □　(３)介護保険施設の職員又は指定居宅介護支援事業者の職員  □　(４)障害者支援施設及び国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の職員  □　(５)精神障害者社会復帰施設の職員  □　(６)病院又は診療所の職員  □　(７)その他該当者の日常生活のために有益な援助をしている者 | |
| 要請者の連絡先 | 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　（　　　　　） |
| 備考欄 |  | |

添付書類：成年後見制度市長申立て判断確認表を必ず添付してください。