様式第８号

所沢市成年後見人等報酬助成金請求書

年　　月　　日

(宛先)所沢市長

住所

請求者　氏名

電話番号

成年後見人等氏名

　　　年　　月　　日付で支給決定された成年後見人等報酬助成金について、所沢市成年後見制度利用支援事業実施要綱第１５条第１項の規定により、次のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | |
| 成年被後見人等 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 成年後見人等 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 職種名 |  |

請求者（成年被後見人等）名義の口座

* 前回の申請時から変更はありません（口座情報の記入は不要です。）。
* 次のとおり登録又は変更を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・支店  農業協同組合　　　　　　　　出張所・その他 | | |
| 預金種別 | □普通預金　□当座預金 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |

備考

　原則として請求者は、報酬助成金の交付決定を受けた成年被後見人、被保佐人、被補助人とします。ただし、成年被後見人、被保佐人、被補助人が死亡している場合はこの限りではありません。