年　　　月　　　日

後見人等報酬助成請求書

稲　沢　市　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　（後見人等）

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 被後見人等

後見人等報酬助成決定通知書に基づき、次のとおり報酬助成額を請求します。

なお、報酬助成額は下記の口座に振込を依頼します。

１．請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．振 込 先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 預金種目 | １．普通　　　　　２．当座　　　　　 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義 |  |
|  |

※　預金種目は、普通・当座のいずれかを選んでください。

※　口座名義は金融機関へ届け出ているとおりに記入してください。

※　口座名義の氏名には必ず**フリガナ**をお願いします。