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）<br>**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。