様式第５号

所沢市成年後見制度申立費用助成金請求書

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申立費用助成金について、所沢市成年後見制度利用支援事業実施要綱第１０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　　　 |
| 申立人 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 成年被後見人等との関係 |  |
| 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、申立費用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。