

所沢市成年後見人等報酬助成金請求書

令和〇年〇月〇日

(宛先)所沢市長

住 所 埼玉県所沢市並木1-2-3

請求者 氏 名 所沢 太郎

電話番号 04-0000-0000

成年後見人等氏名 成年 後見

令和〇年〇月〇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	所沢 太郎
	住 所	埼玉県所沢市並木1-2-3
成年後見人等	氏 名	成年 後見
	住 所	埼玉県川越市××〇-〇
	職 種 名	司法書士

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 農業協同組合	所沢	本店・支店 出張所・その他
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号	0123456
	フリガナ	トコロザワ タロウ セイネンコウケンニン セイネン コウケン		
	口座名義	所沢 太郎 成年後見人 成年 後見		

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、被補助人となります。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。