様式第６号（第１３条関係）

年　　月　　日

三種町長　　　　　　　様

三種町成年後見制度利用支援事業助成金請求書

　　　　　年　　月　　日付けで決定を受けた三種町成年後見制度利用支援事業助成金について、三種町成年後見制度利用支援事業実施要綱第１３条に基づき、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者  (成年被後見人等) | 住所 |  | | |
| フリガナ  氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 施設入所者の  場合施設の名  称及び所在地 |  | | |
| 上記の成年後見人等 | 住所 |  | | |
| フリガナ  氏名（名称） |  | | |
| 電話番号 |  | 後見の種類 |  |
| 請求金額 | 成年後見人等  への報酬 | 円 | | |
|  | | | | |
| 振込先  ※成年被後見人名義の口座 | 金融機関名 |  | | |
| 本支店名 |  | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　　） | | |
| 口座番号 |  | | |
| 口座名義人 | （フリガナ） | | |

【発行責任者】・氏名　　　　　　　　 　・電話番号、E-mail

【担 当 者】・氏名　　　　　　　　　 ・電話番号、E-mail