　　年　　月　　日

川南町長　　様

請求者（成年被後見人等、成年後見人等）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

報酬助成請求書

年　月　日付けで決定のありました成年後見人等の報酬助成について、川南町成年後見制度利用支援事業実施要綱第１２条第１項の規定に基づき、下記のとおり請求します。

　なお、報酬助成金の支給につきましては、下記の口座に振り込み願います。

記

（１）成年被後見人等の氏名

（２）成年被後見人等の住所

（３）成年後見人等の氏名

（４）成年後見人等の住所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円  （　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日分まで） | | | |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種類 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |