

東久留米市成年後見人等報酬助成金請求書

東久留米市長 殿

請求者 住所
氏名

年 月 日付けで交付の決定を受けました成年後見人等報酬助成金について、東久留米市成年後見人等報酬助成事業実施要綱第6の規定により、下記のとおり請求します。

記

| | | |
|---------|---------------------|---|
| 成年被後見人等 | 氏 名 | (生年月日) |
| | 住 所 | |
| | 現在の居所 (該当する番号に○) | 1 自 宅 2 施設入所 (入所日： 年 月 日) (施設名：) 3 入 院 (入院日： 年 月 日) (病院名：) |
| 成年後見人等 | 氏 名 | (連絡先) |
| | 住 所 | |
| | 成年被後見人等 との関係 | <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 監督人 (後見・保佐・補助) |
| | 職 種 (該当する番号に○) | 1. 専門職 (職種：) 2. 市民後見人 3. 親 族 (続柄：) 4. その他 () |
| 請求金額 | (年 月分 ～ 年 月分) | |
| | | 円 |

振込口座依頼については、別紙による。