

多摩市長 殿

請求者（助成対象者又は成年後見人等）
氏 名 印

多摩市成年後見人等報酬費用助成金請求書

年 月 日付け 第 号により交付決定があった成年後見人等報酬費用助成金について、多摩市成年後見人等報酬費用助成要綱第7条の規定により次のとおり請求します。

助成対象者 (成年被後見人等)	住 所	
	氏 名	
成年後見人等	住 所	
	氏 名	
助 成 の 内 容	成年後見人等に対する報酬	
助 成 対 象 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
請 求 額	円	

なお、助成金は、次の口座に振り込むようお願いします。

指 定 金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店番号 支店名							支店
口 座 の 種 類	普通・当座	口 座 番 号							
フリガナ									
口 座 名 義 人									

※ 口座は、助成対象者名義の口座又は助成対象者と成年後見人等の連名になっている成年後見人等の管理下の口座とすること。