第４号様式（第７条関係）

年　　月　　日

　　多摩市長　殿

請求者（助成対象者又は代理人等）

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

多摩市障がい者成年後見制度利用費用助成金請求書

　　　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　　号により交付決定があった障がい者成年後見制度利用費用について、多摩市障がい者成年後見制度利用費用助成要綱第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 |  |
| 代理人  （成年後見人等） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 助成の内容 | □　審判請求費用（収入印紙代、登記印紙代、郵便切手代、鑑定料等）  □　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。