

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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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	支店番号				支店
	信用組合・農協	支店名				
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。