

様式第 3 号（第 9 条関係）

多治見市成年後見制度利用支援事業助成金請求書

年 月 日

多治見市長

住所

氏名

年 月 日付けで決定を受けた多治見市成年後見制度利用支援事業  
助成金について、次のとおり請求します。

|         |                                   |         |
|---------|-----------------------------------|---------|
| 請 求 金 額 | <input type="checkbox"/> 審判申立費用   | 円       |
|         | <input type="checkbox"/> 後見人等への報酬 | 円（ 円/月） |

|                  |           |                  |
|------------------|-----------|------------------|
| 振<br>込<br>口<br>座 | 金 融 機 関 名 | 銀行 金庫 組合         |
|                  | 本 支 店 名   | 店                |
|                  | 預 金 種 別   | 普通 ・ 当座 ・ その他（ ） |
|                  | 口 座 番 号   |                  |
|                  | 口 座 名 義 人 | フリガナ             |
|                  |           | 氏名               |