別記様式第7号(第9条関係)

成年後見制度利用支援事業請求書

年　　月　　日

美　祢　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　TEL

年　　　月　　日付け第　　　号で決定を受けた美祢市成年後見制度利用支援事業に係る費用の助成について、下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円　これは、 □審判費用として□成年後見人等報酬として |
| 振込先 | フリガナ |  | 口 座 番 号 |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関名及び預金の種類 | 銀行・信用組合信用金庫・農協労働金庫 | 本店　支店支所 | 普通当座 |

※振込先の通帳の写し（口座名義人のカタカナ氏名等記載されているページ）を添付してください。