様式第１その２（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審判請求費用・後見人等報酬助成申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　年　　月　　日 　（宛先）小牧市福祉事務所長　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被後見人等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　次のとおり審判請求費用・後見人等報酬の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 後見人等 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住　所 | 電話番号 |
| 申請理由 |  |
| 後見等の内容 |  |
|  上記に関する審判請求費用・後見人等報酬助成費を次の口座に振り込んでください。 |
| 口座振込依頼欄 | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店支　店支　所出張所 | 種目 | １ 普通　２ 当座　３ その他 |
| 口　座　番　号 |
| フリガナ口座名義人 |  |  |

 |

備考１　この様式は、被後見人等が知的・精神障害者の場合に使用する。

　　２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。