様式第５号

年　　月　　日

**神戸市未成年後見人支援事業（報酬助成）請求書**

（請求先）

神　戸　市　長

未成年後見人　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　電話（連絡先）

　　　　　　　　　　　　　　　　被後見人　氏名

住所

　電話（連絡先）

年　月　日付神ここ第　　　号神戸市未成年後見人支援事業（報酬助成）決定通知書に基づく未成年後見人の報酬助成金を次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成対象期間 | 年　月　日から　年　月　日まで |
| 口座振替依頼欄 | 金融機関名 |  |
| 支 店 名 |  |
| 預金種別 | 普通預金　・　当座預金 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人（カナ30字以内） |  |
|  |

※注意事項

　報酬助成金の振込口座は、未成年後見人本人の口座としてください。

〈必要書類〉

１　報酬付与審判書の写し