第４号様式（第１１条関係）

年　　月　　日

（宛先）伊東市長

請求者　住　所

氏　名　　　　　　　　　㊞

（代理人　　　　　　　　　㊞　）

（本人との続柄　　　　　　　　）

成年後見制度利用支援事業助成金請求書

　　　　年　　月　　日付け　　　　　第　　　　　号にて決定された伊東市成年後見制度利用支援事業助成金について、伊東市成年後見制度利用支援事業実施要綱第１１条の規定に基づき次のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人（被後見人等） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 助成金請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（　　　　年　　月分から　　　　年　　月分まで） |
| 助成金振込先 | 金融機関名 |  | 店名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

注１　振込先は、請求者の口座となります。

注２　助成金の対象期間中に福祉施設へ入所又は病院へ入院した場合には、その実績の分かる書類を添付してください。