

様式第7号（第10条関係）

矢巾町成年後見制度利用支援事業助成金請求書

年 月 日

矢巾町長 様

（申請者）住所

氏名

（代理人）成年後見人

住所

氏名

電話

年 月 日付け 第 号で助成金支給決定の通知を受けた矢巾町成年後見制度利用支援事業助成金を次のとおり請求します。

なお、助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

1 請求金額 金 円

2 振込先 金融機関名 店

預金種別 預金

口座番号

ふりがな

口座名義