一般社団法人

宮城県社会福祉士会　会長　殿

後見等活動の報酬の補償に対する請求書

後見等の活動に対する報酬が、（　無報酬・月額1万円未満　）のため、下記により請求します。

１　請求者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

２　ぱあとなあ登録番号

３　請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　請求額計算根拠

①　請求期間　平成　　　年　　　　月～平成　　　年　　　月の１２カ月間。

　　②　審判の額　　無報酬　・　　月額　　　　　　　　円

５　請求年月日　平成　　　年　　　月　　　日

６　振込先（銀行口座でお願いします。ゆうちょ不可）

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義人 |  |
| ふりがな |  |
| 銀行名 | 銀行 |
| 支店名 | 本・支店 |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |

７　必ず、**「審判」のコピーを添付**してください。