年　　　月　　　日

ぱあとなあとちぎ名簿登録者受任費免除申請書（理由書）

ぱあとなあとちぎ委員会

　　　　委員長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

私は、一般社団法人栃木県社会福祉士会権利擁護センターぱあとなあとちぎの設置に関する規程第１7条第６項に基づき、次のケース番号について免除の申請をいたします。

１．ケース番号：　　　　　　　－

　　　　　　　　（受講者番号）　　（ケース番号）

２．該当３要件　※各要件にチェックを入れて下さい。

□ 報酬月額１万円以下あるいは報酬付与申立を行えなかった。

　詳細；（家裁本庁／　　　支部）

□ 成年後見制度利用支援事業の報酬助成について申請を行ったが却下された。

　詳細；（市町名：　　　　　　）

□ 公益信託成年後見助成基金の申請を行えなかった、あるいは行ったが却下された。

　詳細；

㊟　１）上記の３要件のすべてに該当しないと免除の対象になりません。

　　２）この申請は毎年２月末日が締切日です。