成年被後見人等との面会状況について

令和　　　年　　　月　　　日

１　報酬助成対象期間

　　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

２　面会年月日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （例） | H30.1.20 |  |  |  |  | |
| １ |  | ２ |  | ３ |  | |
| ４ |  | ５ |  | ６ |  | |
| ７ |  | ８ |  | ９ |  | |
| 10 |  | 11 |  | 12 |  | |
|  | ほか　　　　　日 | | | 計 | 日 |

　　＊　成年被後見人等**ご本人と直接面会**した年月日を記載してください。

　　＊　12日を越える面会は日数のみの記載をお願いします。

　　＊　記載いただいた面会日数は、助成額の決定とは関係しません。今後の報酬助成の検討に活用いたしますので、ご協力方お願いします。

　　＊　面会に伴い発生する事務費（交通費）の引き落としについて伺うことがありますのでご協力お願いします。

　　＊　施設等に入所中の成年被後見人等に面会の際は、面会簿への記載をお願いします。

　　以上、相違ありません。

　　　　　　　　　成年後見人等氏名：