

1. 申請者		申請日	西暦	年	月	日
氏名		受講者番号		支部	鳥取県	
自宅住所	〒 ()					
自宅TEL		自宅FAX				
携帯TEL		職場等				
振込先	(※不足額補填申請の場合)		銀行	支店		
	口座番号：普通		口座名：			

コメントの追加 [本池1]: 拠出金を納付いただく場合は、記入の必要はありません。

報酬拠出金納付申請書・報酬不足額補填申請書

2. 申請内容

ケース番号	No.	(個別報告ケース番号を記入)
申請種別	<input type="checkbox"/> 報酬拠出金納付申請 ①欄のみ記入する。 <input type="checkbox"/> 報酬不足額補填申請・報酬拠出金納付申請 ②③④欄に記入する。	(審判内容) 報酬付与申立の年月： 年 月 報酬付与申立の審判： 年 月 <input type="checkbox"/> 年 月より 年 月まで <input type="checkbox"/> 補助・保佐・後見審判開始より 年 月まで
報酬額	裁判所の審判金額	() ヶ月分 () 円 ひと月換算 () 円 * 100 円未満は切り捨て
① 納付金額	報酬の 8% 註：ひと月換算額が 8,000 円未満の場合はこの欄は使用しない。	報酬額 () 円 × 0.08 = 円 * ■ 上記金額を指定口座に振込みます。
② 補填額	ひと月の補填額 8,000 円 - ひと月換算額 () 円 = () 円	ひと月の補填額 () 円 × 月数 (12) 月 円 (報酬が月額 8 千円に満たないので補填していただく金額です)
③ 補填後の拠出金	(報酬付与額 + 補填額) の 8%	{報酬付与額 () 円 + 補填額 () 円} × 0.08 円 (報酬不足額を補填していただいた後の拠出金です)
④ 調整額	補填額 > 補填後の拠出金の場合	②補填額 () 円 - ③拠出金 () 円 円 <input type="checkbox"/> 上記調整額を私の口座に入金してください。
	補填額 < 補填後の拠出金の場合	③拠出金 () 円 - ②補填額 () 円 円 <input type="checkbox"/> 上記調整額を指定口座に振込みます。
成年後見制度利用支援事業の報酬助成申請の有無		<input type="checkbox"/> 申請した <input type="checkbox"/> 申請していない (していない場合の理由) ()
拠出金納付日 (予定日)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定	西暦 年 月 日

コメントの追加 [本池2]: どちらかにを入れていただき、各欄の指示通り記入をお願いします。

コメントの追加 [本池3]: 補填の対象は 1 年分のみとなります。

コメントの追加 [本池4]: 補填額の方が大きい場合は記入ください。

コメントの追加 [本池5]: 補填額の方が少ない場合は記入ください。

コメントの追加 [本池6]: 利用支援事業の報酬助成をしていない場合は、理由を記入ください。(事業の対象外等)

コメントの追加 [本池7]: 申請時で納付済の場合は済、納付日を記入ください。何らかの理由で申請時に拠出金を納付していない場合には予定、納付予定の日付を記入ください。

* 「報酬拠出金納付申請書・報酬不足額補填申請書」は審判書(写し)を添えて、鳥取県社会福祉士会へ郵送してください。

山陰合同銀行 湖山出張所 普通No.3695135 一般社団法人鳥取県社会福祉士会