【現金出納帳】

被後見人等名　　様

法定後見or任意後見

受任年月日

確認	後見人
印	氏名

日付		事務内容	収入	支出	残高
月	日				
○月	○日	A銀行より現金入金	１００，０００		１００，０００
○月	○日	B病院○月分医療費支払		－５７，６００	４，２４００
○月	○日	入院用品購入費支払		－１２，６００	２，９８００
○月	○日	ご本人お小遣い		－２０，０００	９，８００

(注)この書式は一例となります。実際に使用するものとは異なりますのでご承知おき下さい。

（注）表内は記入例です。実際の要件・数字とは異なります。