

## 法律相談票(成年後見申立・任意後見)

### 1. ご相談者様について

記入日 (フリガナ)	平成 年 月 日	性別	生年月日(和暦)	年齢
お名前		男・女	(S・H) 月 日	
ご住所	〒 都・県 市・町・村			
ご本人との続柄	子・養子・甥・姪 兄弟姉妹・従兄弟 その他( )	弁護士名, 法律事務所名による 自宅へのご連絡の可否		可・不可
連絡先	自宅	FAX		
	携帯	E-mail		

### 2. 成年後見・任意後見にかかるご本人について

フリガナ		性別	生年月日(和暦)	年齢
お名前		男・女	(S・H) 月 日	
ご住所	〒 都・県 市・町・村			
本籍地	〒 都・県 市・町・村			
連絡先	自宅	FAX		
	携帯	E-mail		
現状の判断能力について	<input type="checkbox"/> 特段問題なし <input type="checkbox"/> 認知症状がある(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> その他の症状( )がある			

### 3. ご本人の配偶者, 子, 父母, 兄弟姉妹の親族(ご相談者様を除く)について記載してください

関係(○で囲む)	お名前	年齢	住所
配偶者・子 父・母 兄・弟・姉・妹		年 月 日 生 ( )	〒
	ご本人と【同居・別居】		(電話 )
配偶者・子 父・母 兄・弟・姉・妹		年 月 日 生 ( )	〒
	ご本人と【同居・別居】		(電話 )
配偶者・子 父・母 兄・弟・姉・妹		年 月 日 生 ( )	〒
	ご本人と【同居・別居】		(電話 )
配偶者・子 父・母 兄・弟・姉・妹		年 月 日 生 ( )	〒
	ご本人と【同居・別居】		(電話 )

4. 入所施設・病院の情報

在宅 入院中(入院日 年 月 日)

施設(入所日 年 月 日)

入所されている施設(特養・老健・介護療養型医療施設・有料老人ホーム・小規模多機能事業所)

転院・移転予定がおありの場合(平成 年 月頃, 移転先は )

5. 次の認定を受けている場合はにチェックを入れてください

療育手帳(A・B・ ) 精神障害者手帳(1級・2級・3級)

介護認定(要支援 1・2)(要介護 1・2・3・4・5)

いずれも受けていない

6. ご本人の財産を, 現在, 事実上管理しているのは誰ですか

ご本人自身 ご相談者様

その他(氏名: , ご本人との関係: )

誰が管理しているか分からない

7. ご本人の親族の間関係は良好ですか。

良好である

意見の対立がある( と の間)

具体的にどのような意見の対立がありますか

(ご本人の財産管理をめぐって・ご本人の介護をめぐって・その他 をめぐって)

8. 成年後見等申立, 任意後見の目的に該当するものにつきにチェックを入れてください

不動産処分 不動産購入・リフォーム 施設入所 福祉サービス契約 銀行取引

保険金受領 虐待 遺産分割 相続放棄 消費者被害 訴訟・調停

財産管理 老い支度 親亡き後の子の不安 尊厳死

9. ご本人の財産について分かる範囲でお書きください

(1)不動産

所在地	居住者	管理者	評価額	ローン残高
(土地/建物)			万円	万円
(土地/建物)			万円	万円
(土地/建物)			万円	万円

(2)その他の財産

預貯金	口座数		残高	円
現金	約 円			
株式	有・無			
生命保険	有・無	有る場合	金額:	万円(受取人: )
負債	有・無	有る場合	金額:	万円
その他資産				

10. ご本人の毎月の収支状況

収入	年金	円(月換算)	支出	円
	その他( )			

11. 成年後見人等の候補者はいますか

候補者 有 (氏名: ) / 無

12. その他にあらかじめ弁護士に伝えておきたいことがありましたらご記入ください

--